

***La place de la relation soignant-soigné dans
l'approche de soins transculturelle***

Travail de Bachelor

De Beul Nathalie

N° matricule: 10644615

Martinez Cristian

N° matricule: 10644607

Toppo Marie-Laure

N° matricule: 550837049

Directeur:

DIBY Marc - Adjoint scientifique HES

Membre du jury externe:

HOURTON Gilles – Infirmier responsable d'unité
Service de médecine de premier recours - HUG

Genève, le 5 juin 2014

Déclaration

«Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers*». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie.

Fait à Genève, **le 5 juin 2014**

Nathalie De Beul

Cristian Martinez

Marie-Laure Toppo

Remerciements

Nous témoignons notre reconnaissance à notre directeur de bachelor pour sa rigueur et son soutien. Remerciements également à Gilles Hourton, infirmier responsable d'unité de Médecine de premier recours aux Hôpitaux Universitaires de Genève, qui après un premier entretien nous a mis sur une piste d'investigation fructueuse.

Une pensée également pour Mme Françoise Maillard Struby et Mme Bénédicte Bourson qui ont précédé M. Diby et pour leur précieux enseignement quant à l'apport conceptuel de la discipline infirmière.

Nous pensons également à tout le personnel soignant que nous avons rencontré pendant la formation et qui nous a, d'une manière ou d'une autre, amenés à réfléchir aux thèmes qui seront évoqués dans ce travail de bachelor.

Sincère reconnaissance également aux nombreux chercheurs cités dans ce travail de bachelor ou pas qui contribuent à la transdisciplinarité.

Finalement, nous rendons hommage à Mme Madeleine Leininger qui, à travers son regard d'anthropologue, a fait jaillir la culture donnant un sens à notre pratique.

Résumé

Introduction: En Suisse, en lien avec le phénomène migratoire, la prise en soin de patients de culture différente se révèle être fréquente.

L'approche des soins transculturelle est déjà abordée par d'autres disciplines.

Objectif: L'objectif de cette revue de littérature est de définir quelle est la place de la relation soignant-soigné dans l'approche de soins transculturelle.

Méthode: Revue de littérature utilisant les bases de données Pubmed, Cinahl, Psychinfo entre 2000 et 2014. Sur 7'761 articles trouvés, 18 ont été retenus.

Résultats: La relation soignant-soigné est un élément central de la définition de la transculturalité selon plusieurs modèles. La formulation culturelle se révèle être un des outils favorisant la relation et l'alliance thérapeutique. Les barrières aux soins transculturelles qui sont le plus rapportées sont des barrières linguistiques, culturelles, législatives.

Conclusion: La congruence culturelle résulte des compétences culturelles des soignants dont la conscience est réveillée par un désir alimenté d'une formation orientée par les besoins d'une société de globalisation.

Mots-clés

Undocumented Migrants (UDM) – migrants sans papiers

Accessibility – accessibilité

Mental health – santé mentale

Transculturality - transculturalité

Therapeutic alliance – alliance thérapeutique

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	6
2. PROBLÉMATIQUE	6
2.1. CONTEXTE	6
2.1.1. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES	7
2.1.2. DONNÉES SOCIO-POLITIQUES	7
2.1.3. DONNÉES LÉGISLATIVES	8
2.1.4. PSYCHIATRIE ET MIGRATION	8
2.1.4.A. CULTURE	8
2.1.4.B. ACCULTURATION	9
2.1.4.C. THÉORIE SALUTOGÉNIQUE	10
2.2. QUESTIONS DE RECHERCHE ET OBJECTIFS	11
3. MÉTHODE	12
3.1. STRATÉGIE DE RECHERCHE	12
4. INTRODUCTION RÉSULTATS	14
4.1 ÉLÉMENTS DE DÉFINITION DE LA TRANSCULTURALITÉ	15
4.2. FORMULATION CULTURELLE	21
4.3. FACTEURS FAVORISANT LA TRANSCULTURALITÉ	27
4.4. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	33
4.4.1. LA TRANSCULTURALITÉ: DÉFINITION ET APPORTS	33
4.4.2 LA FORMULATION CULTURELLE	33
4.4.3. FACTEURS FAVORISANT L'USAGE DE LA TRANSCULTURALITÉ	34
5. DISCUSSION	34
5.1. LA TRANSCULTURALITÉ	34
5.2. LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ AU CENTRE DE LA RELATION	37
5.3. MISE EN EVIDENCE D'OUTIL FACILITANT LA RELATION	38
5.4. FACTEURS FAVORISANT L'USAGE DE LA TRANSCULTURALITÉ	42
5.4.1. BARRIÈRES LINGUISTIQUES	42
5.4.2. LA CULTURE	44
5.4.3. CARACTÉRISTIQUES D'OUTILS CULTURELLEMENT CONGRUENTS	45
5.4.4. FORMATION POUR SOINS CULTURELLEMENT CONGRUENTS	48
6. PERSPECTIVES SOIGNANTES	49
7. CONCLUSION	49
8. BIBLIOGRAPHIE	51
9. LISTE DES ANNEXES	53

1. INTRODUCTION

Lors de nos stages aux HUG¹, nous avons eu l'occasion de prendre en soin des patients de cultures et de langues différentes. Cela dit, ce n'est que lors du module intitulé «Ici et ailleurs» que nous avons pris connaissance de l'existence de la consultation transculturelle des HUG. Unité mobile dont la mission est de «réduire les barrières aux soins que rencontrent les patients migrants, et de manière générale à optimiser la qualité des soins médicaux prodigués aux HUG.» (HUG, 2007)

De même, les HUG ont cette particularité d'avoir des unités réservées aux migrants comme Santé Migrants mais aussi des unités qui suivent plus particulièrement des migrants sans papiers (CAMSCO). Ainsi, comme développé dans le chapitre contexte, Genève offre une situation géo-socio-politique particulière faisant d'elle un lieu choisi pour les personnes migrantes sans papiers.

Le besoin en santé mentale des migrants sans papiers a été classé comme étant le deuxième par Nowhereland². Il faut également prendre en considération les déboutés de l'asile qui finissent par être sans papiers: «Presque toutes les structures qui offrent des soins de santé aux demandeurs d'asiles déboutés signalent des problèmes de santé mentale considérables et croissants qui conduisent parfois à des comportements addictifs, voire même à des réactions psychotiques.» (OFSP, 2011, p. 3)

2. PROBLÉMATIQUE

2.1. Contexte

Afin de pouvoir identifier les compétences soignantes nécessaires à une amélioration de la prise en soin des personnes migrantes en situation irrégulière, il nous faut, en premier lieu, pouvoir apporter une compréhension générale de la situation et des besoins spécifiques de cette population.

Dans un premier temps, nous relèverons l'impasse que vit une personne sans papiers quant à l'accessibilité aux soins. Notamment, en lien avec le contexte socio-politique et législatif suisse, qui, à travers ses messages, peut influencer et conditionner l'opinion publique et, entre autres, les comportements, parfois discriminants et stigmatisants, des soignants.

Nous rappellerons, par la suite, deux approches disciplinaires (sociologique et anthropologique) pouvant aider à la compréhension de l'éventuelle relation migration-santé mentale, afin de pouvoir spécifier quel type de soutien il leur est nécessaire.

¹ Hopitaux universitaires de Genève

² Nowhereland est un projet coordonné par l'université de Donau, en Autriche, et financée par la CE dont le but est l'amélioration des services pour les migrants sans papiers en Europe et en Suisse.

2.1.1. Données épidémiologiques

Selon une étude publiée par l'Office Fédéral des migrations en 2005, 80'000 à 100'000 personnes résident en Suisse pour une période indéterminée sans permis de résidence valable. Selon cette même étude, la majorité de cette population est constituée d'anciens saisonniers issus de pays en voie de développement. L'ancien office des migrations en 2004 a, quant à lui, publié un rapport sur la migration illégale en Suisse avançant des chiffres pour 2004 fluctuant entre 50'000 et 300'000 personnes (IMES 2004, p 10, cité par Bilger et Hollomey, 2011, p 7). Pour l'année 2008, l'Office Fédéral des Migrations a répertorié 5'302 personnes ayant traversé la frontière sans papiers et 1'247 migrants sans papiers ont été identifiées comme travailleurs illégaux. Un autre groupe migrants sans papiers est composé de déboutes de l'asile. En 2003, 10'300 personnes de ce groupe ont disparu pour l'administration (IMES 2004, p 4, cité par Bilger et Hollomey, 2011, p 7). Selon l'office fédéral de la statistique, depuis 2003 ce chiffre était en décroissance puisque ce chiffre a diminué à 2'776, en 2008.

Pour ce qui est de la population étrangère titulaire d'un permis de résidence et résidente en Suisse, la Suisse comptait 21,7 % d'étrangers et Genève est le canton totalisant le plus grand nombre d'étrangers avec 38,4%. Quant aux HUG, en 2007, 51% des patients sont de nationalité étrangère issue de 180 pays différents et 50% des employés sont de nationalité étrangère émanant de 88 pays.

2.1.2. Données socio-politiques

En 1990, le statut de saisonnier a disparu en Suisse avec le ralentissement économique ainsi qu'une demande d'asile accrue par les ex-yougoslaves. C'est dans ce contexte et dans le but de correspondre à la politique d'immigration en vigueur en Europe, que la Suisse implante sa politique des 3 cercles en 1991. Les étrangers sont dès lors catégorisés en 3 groupes: les Européens se trouvant au centre des 3 cercles sont ceux qui sont privilégiés et prioritaires en terme d'immigration. Le deuxième groupe est constitué d'américains, de canadiens, d'australien et de néo-zélandais. Le troisième cercle inclut toutes les autres nationalités dont l'immigration a été accordée par exception. Cette politique de migrations a créé un certain nombre de situations précaires pour plusieurs groupes d'étrangers catégorisés aujourd'hui dans le troisième cercle. Dans un même temps, et en particulier dans les années '90, un nombre croissant d'étrangers a réussi à obtenir un permis de résidence à long terme pour réunion familiale. Jusqu'en 2008, c'est donc la réunion familiale ainsi qu'un haut degré de qualification qui justifiaient la délivrance de permis de résidence en Suisse pour les citoyens inclus dans le cercle extérieur ou 3^{ème} cercle.

Depuis la libre circulation des personnes (2002) entre la Suisse et l'Europe, les citoyens européens bénéficient de la libre circulation s'ils peuvent justifier de revenus suffisants et qu'ils sont titulaires d'une assurance maladie. En 2007, 70% de l'immigration en Suisse est européenne.

Le 9 février 2014, les suisses votent pour une initiative issue d'un parti d'extrême droite dont nous taïrons le nom. Cette loi vise à diminuer la migration et remet en question la migration européenne et les accords de Schengen. A l'heure où nous rédigeons ce travail, nous ne connaissons pas encore les conséquences de cette loi. Nous supposons néanmoins, que dans le contexte de crise européenne la clandestinité risque de croître en Suisse.

2.1.3. Données législatives

Selon l'article 12 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse (CFCS) «Quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine.». Selon l'article 41b de la CFCS, «La Confédération et les cantons s'engagent, en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée, à ce que toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé.»

A Genève, plusieurs structures ont été mises en place reconnaissant les besoins en santé des personnes sans papiers et facilitant l'accès aux soins (CAMSCO : consultation infirmière dans les lieux d'accueil, consultation infirmière et médicale à la CAMSCO, consultation au service de médecine et premier recours). Ailleurs en Suisse et en Europe, les possibilités de soins pour les personnes sans papiers vont de leur organisation par les ONG à leur absence totale.

2.1.4. Psychiatrie et migration

A. Culture

La notion de culture se définit en terme sociologique par

«un ensemble lié de manières de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent, d'une manière à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte. Elle apparaît donc comme l'univers mental, moral et symbolique, commun à une pluralité de personnes grâce auquel et à travers lequel ces personnes peuvent communiquer entre

elles, se reconnaissent des liens, des intérêts communs, des attaches (...) se sentent chacun individuellement et tous collectivement, membres d'une entité que l'on appelle groupe, collectivité, société etc.» (Rocher, 1992 pp. 4 et 7).

Différents cadres théoriques sont proposés pour amener une compréhension de l'impact de la migration sur le processus cognitif comme, par exemple, des approches faisant référence à l'ethnopsychiatrie, l'ethnopsychanalyse, l'anthropologie culturelle, la psychiatrie transculturelle, la sociologie etc.

Caroppo et al. (2009, pp 331-333) nous amènent des éléments concernant ces diverses approches.

L'ethnopsychiatrie est une rencontre entre l'anthropologie, la psychiatrie, la psychanalyse et l'histoire des religions. Cette approche souligne l'importance d'une compréhension historique, sociale et culturelle dans des situations cliniques.

La psychiatrie transculturelle souligne, quant à elle, l'importance des effets des valeurs culturelles en épidémiologie psychiatrique et des atteintes à la santé mentale causées par un changement d'environnement culturel. Cette approche examine des questions quant à la relation thérapeutique, l'identification et la projection culturelle, l'acculturation, la transition culturelle, la déculturation et le relativisme culturel.

L'anthropologie culturelle s'intéresse à l'investissement de la relation de différentes cultures qui cohabitent ensemble et prend en compte des concepts comme acculturation, inculturation et assimilation. Une étude (Riedel, Wiesmann & Hannich, 2011) propose un cadre théorique que nous retenons dans la compréhension et l'explication de la relation entre la migration et la santé mentale: une intégration des éléments du modèle conceptuel d'acculturation de Berry et de la théorie salutogénique d'Antonovsky.

B. Acculturation

En anthropologie culturelle, l'acculturation comprend «les phénomènes qui se produisent, par suite d'un contact permanent, lorsque des groupes de personnes ayant des cultures différentes se côtoient, et amènent des modifications ultérieures dans les modèles culturels originaux de l'un ou des deux groupes.» (Redfield et al, 1936, cité par Lakey p. 104). Selon le concept théorique de Berry³, il existe quatre stratégies acculturatives utilisées par les personnes immigrées: la stratégie d'intégration où la personne immigrée sera capable de maintenir sa culture d'origine tout en adoptant un

³ Professeur en anthropologie interculturelle

nouveau contexte culturel. La stratégie d'assimilation où la personne immigrée adoptera le nouveau contexte culturel, abjurant sa culture d'origine. La stratégie de séparation où la personne gardera sa culture d'origine et aura un rejet de la «culture hôte». Et enfin, la stratégie de marginalisation où la personne abandonnera toute culture identitaire.

La stratégie d'intégration est donc assimilée à une meilleure adaptation psychologique et socioculturelle. Tandis que les stratégies d'assimilation et de séparation peuvent créer un stress modéré du processus d'acculturation et des problèmes d'adaptation. La stratégie de marginalisation est associée à de hauts risques de difficultés d'adaptations et des problèmes psychologiques conséquents.

C. Théorie salutogénique

D'après Antonovsky⁴, (Riedel et al., 2011) le modèle sociologique de salutogénèse est centré sur la santé et non sur la maladie. L'être humain est considéré comme un système bio-psycho-social complexe, équipé de capacité d'autorégulation. La santé ne résulte pas d'un équilibre mais se crée à partir d'une interaction entre les facteurs d'agression et les facteurs de protections. Les facteurs de stress apportent des états de tensions psychophysiologiques. L'être humain reste «en santé» en gérant et régulant ses états de tensions. Selon Antonovsky, la migration peut amener un changement conséquent dans les influences socio-culturelles et dans les conditions de vie structurelles pouvant détruire un fort sens de cohérence. Dans un sens, le changement peut-être fondamental car les ressources dans la nouvelle culture sont différentes et les expériences interculturelles peuvent être inattendues. Par conséquent, la compréhension de la nouvelle culture, la gestion qui en aboutit ainsi que la capacité à mettre du signifiant dans sa vie peut être menacé. Par ailleurs, un haut sens de cohérence peut aider la personne migrante à utiliser des stratégies adéquates qui lui permettront de s'adapter à ce nouvel environnement culturel.

Ces trois cadres théoriques centrés sur les stratégies d'acculturation, des ressources de résistances généralisées et du sens de cohérence, nous semblent pertinents dans la compréhension du processus migratoire et de son impact sur la santé mentale. Ces modèles mettent en évidence que le processus migratoire dépend de l'évaluation subjective individuelle et que la migration n'est pas, par définition, un facteur de risque.

⁴ Professeur en médecine sociologique

2.2 Questions de recherche et objectifs

Nous allons à travers la revue de littérature que nous proposons, explorer ce que la transculturalité signifie dans le soin. Nous avons dans le chapitre précédent contextualisé le cadre du soin, à Genève de nos jours pour ensuite relever les besoins potentiels de la population migrante. Ceci nous amènera à révéler comment dans notre rôle infirmier la transculturalité peut enrichir la relation via des outils. Afin de justifier de l'apport de la culturalité dans le soin, nous allons nous pencher plus particulièrement sur l'outil qu'est la «formulation culturelle» (DSM IV et 5)⁵ et tenter de restituer l'état de la recherche quant à l'évaluation de cet outil pour en ressortir quelques perspectives soignantes.

Avant d'effectuer nos recherches, pour des raisons motivationnelles, nous avons ciblé un public de migrants sans papier. Aujourd'hui, nous allons continuer à considérer notre cible, en relevant ses besoins particuliers, toutefois, la recherche étant peu fournie en la matière, nous élargissons le public à la population migrante. Nous nous permettons cet écart dans la mesure où les deux populations ont en commun le parcours migratoire et les potentiels problèmes de santé mentale inhérents à ce parcours.

Comment dans notre rôle infirmier est-il possible d'améliorer l'accessibilité aux soins à la population en marge que constituent les personnes migrantes sans papiers? Comment peut-on témoigner notre empathie de manière effective en soignant une personne migrante sans papiers? Quels outils peuvent-être utilisés pour prétendre aux soins transculturels et quelles compétences l'infirmière doit-elle mobiliser?

Telles sont les questions auxquelles nous espérons répondre via notre question de recherche qui sera le fil conducteur de ce travail de Bachelor:

Quelle est la place de la relation soignant-soigné dans l'approche transculturelle du soin et quelles seraient les caractéristiques de cette relation soignant-soigné?

Dans notre pratique infirmière, la formulation culturelle est-elle utilisable et quels en sont les bénéfices?

⁵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

3. MÉTHODE

Nous avons utilisé la méthode PICO (Patient, Intervention, Control, Outcome) pour sélectionner les mots clés utiles à notre recherche.

Tableau 1 : Sélection des mots-clés (en Anglais)

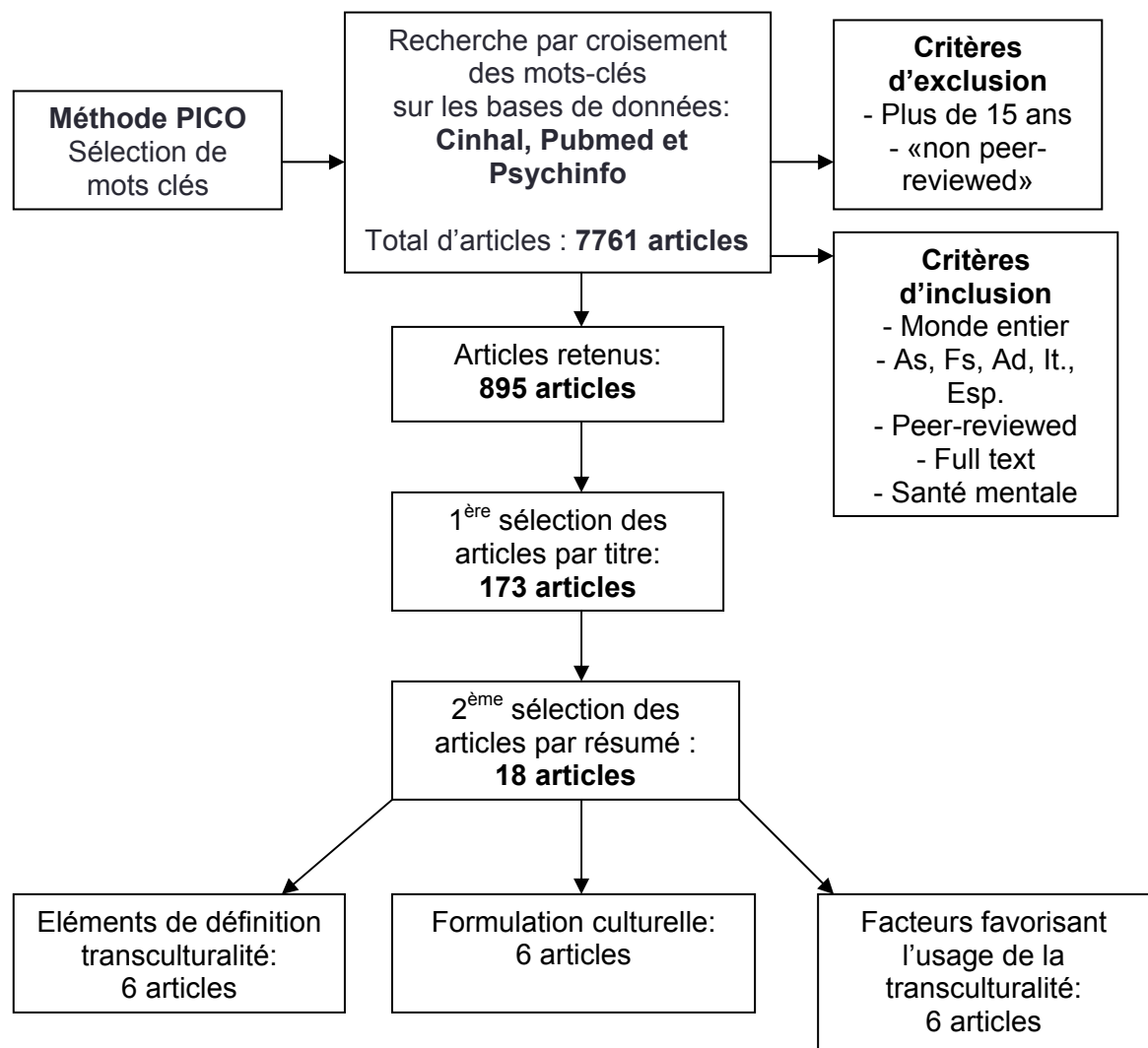
	Mots cles	Pubmed	Cinhal	Psychinfo
P	- Undocumented Migrant (UDM) - Transients	- Migrants - Undocumented migrant	- Migrants - Undocumen-ted migrant	
I	- Scales - Assessment - Cultural formulation	- Transculturality	- Transculturality	- Cultural formulation - Transculturality
C		- Mental Health	- Mental Health	
O	- Accessibility - Therapeutic alliance	- Accessibility - Therapeutic alliance - Resilience	- Accessibility - Therapeutic alliance - Resilience	

3.1. STRATÉGIE DE RECHERCHE

Pour la recherche d'articles, nous avons utilisé trois bases de données: Pubmed, Cinhal et Psychinfo avec plusieurs combinaisons de mots clés:

En début de recherche, nous avons utilisé des termes génériques tels que «Migration» and «Mental Health». Cette première recherche, nous a permis de dépeindre un contexte. Une fois la question de recherche affinée, nous avons procédé à une deuxième cueillette d'articles utilisant d'autres mots-clés tels que: «Transculturality», «Transcultural Nursing & Relationship» et finalement sur Psychinfo nous avons utilisé «Transculturality» et «Cultural Formulation». Nous avons procédé à une première sélection en lisant le titre des articles uniquement catalogué comme peer-reviewed. L'étape consécutive a consisté à lire les résumés. De là, nous avons imprimé les articles qui nous intéressaient: 18 articles en tout ont été retenus. Nous nous sommes répartis les articles, selon le thème abordé. Une personne traitant de l'école de pensée de la transculturalité, une autre des bénéfices pour le patient et une troisième de la formulation culturelle et son évaluation.

Schéma 1: Résumé de la méthodologie



4. RESULTATS

La revue de littérature porte sur 18 articles publiés entre 2000 et 2014. Sur nos 18 articles, 17 sont des études qualitatives alors qu'1 est mixte comportant donc 1 volet empirique emprunté à la recherche quantitative. Cette prévalence pour des études qualitatives est en lien avec les théoriciens de la transculturalité qui utiliseront pour la recherche la démarche de l'ethnonursing comme méthode. Nous avons dans ces études qualitatives inclu des revues de littérature ainsi que des études de cas. 6 études sont issues des Etats-Unis dont 1 s'est exportée en Inde, au Kenya et en Amérique du Sud. 10 études sont issues de pays européens (Angleterre, Finlande, Italie, Pays-Bas, Suède) dont 1 regroupe des informations concernant le monde entier. 2 études européennes regroupent des informations tous pays européens confondus. On relèvera ici que 4 études d'ordre plus conceptuelle concernant le caring et la transculturalité sont issues de pays scandinaves (Suède, Finlande). Une étude suisse

mesure l'empathie des soignants par discipline (médecine, soins infirmiers) Les études portant sur la formulation culturelle et son utilisation émanent du domaine de la psychiatrie et de l'anthropologie et non des soins infirmiers.

Les populations étudiées sont dans 10 études les professionnels de la santé et dans 8 études les utilisateurs de soins. Une recherche étudie les attitudes des étudiants en soins infirmiers. Nous considérons ceux-ci comme professionnels de la santé. Les professionnels de la santé incluent des infirmiers pour ce qui est des études portant sur la transculturalité à un niveau conceptuel ainsi que les recherches portant sur l'impact de la transculturalité sur la relation soignant-soigné. Les études portant sur la formulation culturelle ont une participation de psychiatres en général quand il s'agit des professionnels de la santé, à une étude près qui inclut 1 infirmière et des travailleurs sociaux.

4.1. Eléments de définition de la transculturalité

Implémentation d'un programme d'étude basé sur le modèle didactique de la théorie du soin culturel de Leininger

Bibliographie	Type d'étude et but	Population étudiée et pays	Méthodologie	Résultats	Lien avec question de recherche
Gebru K., Willman A. (2010). Education to promote culturally competent nursing care – A content analysis of student responses. <i>Nurse Education Today</i> 30, 54-60	Etude qualitative décrivant et analysant les résultats de 3 ans de programme d'étude ayant pour but de promouvoir des soins infirmiers culturellement congruent. Cette étude a pour but de comparer l'approche des patients en début de formation puis en fin de formation avec les acquis en transculturalité des étudiants.	92 étudiants en soins infirmiers, à l'université de Malmö, en Suède, 84 femmes, 8 hommes, d'une moyenne d'âge de 27 ans.	Récolte de données en 2001 : Soumission d'un questionnaire contenant des études de cas et des questions ouvertes à 92 étudiants en début de formation (questionnaire A) et en fin de formation (questionnaire B). Comparaison de l'approche des étudiants en début de formation et en fin de formation. Analyse de contenu de données par codages et catégorisation.	Mise en évidence de 4 attitudes: invitante; non-invitante; fondée sur la connaissance; non fondée sur la connaissance. En début de formation, les étudiants décrivent divers moyens pour témoigner l'empathie, comprendre les situations et trouver des alternatives. En fin de formation, les étudiants documentent la réflexion sur la construction de la relation soignant-soigné. Prise de conscience de la différence du point de vue selon l'individu. Les étudiants qui en début de formation ont une attitude non-invitante, vont parfois adopter une attitude plus invitante en fin de formation. Dans le questionnaire B, les étudiants expriment plus le besoin d'élargir leurs connaissances sur le patient et sa famille. En fin de formation, les étudiants relèvent l'inexactitude de leurs hypothèses concernant la culture du conjoint.	Démontre en quoi l'implémentation d'un programme d'étude basée sur des modèles de soins culturels type Leininger aide l'étudiant à modifier son attitude vers l'ouverture, la connaissance, et l'argumentation par l'évidence. L'exposition à des situations culturelles n'est pas suffisante, elle doit être associée à la compréhension du contenu culturel. Cette étude définit également la compétence culturelle comme étant: un procédé continu d'apprentissage à différents niveaux: une pratique culturellement incompétente, une pratique consciente de la culture, une pratique respectant la culture et une pratique culturellement compétente (traduction libre, p. 59).

Mise en perspective de la transculturalité dans le caring et comparaison avec le soin caritatif selon Ericksson

Bibliographie	Type d'étude et but	Population Etudiée et pays	Méthodologie	Résultats	Lien avec question de recherche
Wikberg, A., & Eriksson, K. (2008). Intercultural caring - an abductive model. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 22(3), 485–496.	Revue de littérature ayant pour but d'améliorer la compréhension du soin d'une perspective transculturelle et développer les premiers plans d'une théorie.	Finlande	Bases de données internationales Critères d'inclusion: les matériaux publiés par les théoriciennes ou recommandées par celles-ci, incluant la théorie transculturelle décrivant le modèle de caring le plus complet possible et ayant été publiés avant la fin de l'année 2006.	Le caring est décrit dans les théories et modèles de Campinha-Bacote, Kim-Godwin, Leininger et Ray comme l'essence du soin infirmier, de la compétence culturelle et/ou des sciences infirmières. Chez Ericksson, le caring trouve sa source dans la relation soignant-soigné, dans la communication entre le patient et son infirmière. La théorie caritative selon Ericksson est compatible avec le caring des soins transculturels.	Différence entre la théorie caritative et la transculturalité: la vision de la relation. Pour Ericksson, le soin est ontologique, phénoménologique et une réalité concrète. Il est un devenir et est indépendant du contexte et spécifique ou dépendant du contexte. Le processus infirmier est basé sur la pathologie et la planification du soin. L'environnement est le caring. Le caring tend à éviter la souffrance et promouvoir la vie, l'être et le devenir de l'humain. Chez les théoriciens de la transculturalité, le caring est universel et divers., un devenir, et mène vers la santé et le bien être. Fondements du caring: l'amour, la compassion. Pour Ray, le caring c'est l'amour, pour Ericksson c'est la caritatif.

Le modèle des processus des compétences culturelles de Campinha-Bacote et son impact dans la relation soignant-soigné

Bibliographie	Type d'étude et but	Population Etudiée et pays	Méthodologie	Résultats	Lien avec question de recherche
Ingram, R. R. (2012). Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence: Health literacy and cultural competence. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 68(3), 695–704.	Revue de littérature ayant pour but de relever la relation entre les connaissances dans le domaine de la santé du patient et les compétences culturelles dans la pratique infirmière.	USA	Utilisation de bases de données. Les articles inclus dans cette revue ont été publiés dans des revues professionnelles en Anglais, de 1990 à 2010, et ont été considérés comme pertinents pour la connaissance en santé et les compétences culturelles dans la pratique infirmière.	La connaissance dans le domaine de la santé se définit comme les compétences (associées aux influences sociales et culturelles) nécessaires pour résoudre des problèmes et prendre des décisions adaptées pour sa santé. Les patients ayant un faible niveau de connaissances en santé rencontrent des difficultés pour remplir les formulaires, comprendre les instructions, aller aux rendez-vous, et s'administrer leurs médicaments. Ils sont sujets à l'erreur en raison de leur incapacité d'obtenir, procéder et analyser les informations basiques sur la santé. Le niveau de notion en santé d'une personne peut être déterminé par des outils de mesures: D'autres méthodes additionnelles peuvent être utilisées pour évaluer les connaissances et améliorer la compréhension des informations liées à la santé (pictogrammes).	Les compétences culturelles permettent une compréhension des valeurs, croyances, traditions et coutumes de divers groupes. Le modèle du processus des compétences culturelles de Campinha-Bacote est composé de 5 constructions: la conscience culturelle, les compétences culturelles, le savoir culturel, la rencontre culturelle, le désir culturel. La connaissance dans le domaine de la santé des patients et les compétences culturelles sont liées. Le modèle de Campinha-bacote est une ressource. Son utilisation permet d'intégrer des évaluations culturellement appropriées et d'offrir des informations concernant la santé selon le niveau de connaissance.

Le modèle d'évaluation culturelle de Giger et Davidhizar

Bibliographie	Type d'étude et but	Population Etudiée et pays	Méthodologie	Résultats	Lien avec question de recherche
Albarran, J., Rosser, E., Bach, S., Uhrenfeldt, L., Lundberg, P., & Law, K. (2011). Exploring the development of a cultural care framework for European caring science. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being</i> , 6(4).	Revue de littérature ayant pour but de discuter le développement d'un modèle de soin culturel afin d'informer les valeurs des sciences et développer un cadre de soin culturel.	UK et Suède	Méthodologie par étapes ayant pour but de déterminer la manière dont la perspective européenne des sciences du Care se lie avec les soins culturels; recherche systématique d'articles scientifiques regroupant les concepts de base européens des sciences du caring, de 1998 à 2010. Bases de données: 22 sources comportant des analyses conceptuelles et philosophiques associées aux sciences du caring et du lifeworld.	Aucun des documents en lien avec les sciences du caring ne fait référence au concept de culture et de son influence dans la science du caring. Il existe certaines hypothèses implicites révélant l'aspect culturel du caring comme étant central et intégré aux valeurs et croyances philosophiques des sciences du caring (humanisme, holistique et spirituel). Les chercheurs ont identifié l'existence d'un modèle culturel qui adopte les valeurs du caring pour éventuellement faciliter son application. Identification de liens entre les soins culturels et l'idéologie du caring et recherche de critères de sélections pour un modèle culturel. Parmi les modèles culturels existants pouvant s'adapter aux valeurs du monde vécu associé aux approches de la science du caring, le modèle d'évaluation transculturel de Giger et Davidhizar a été retenu.	Cette étude met en lumière le modèle d'évaluation transculturelle de Giger et Davidhizar, moins réductible au «relativisme culturel» comme pourrait l'être la vision de la «culture comme un tout unifié» de la théorie de Leininger. Il s'oriente dans la promotion d'un soin humaniste basé sur le partenariat, le respect, la dignité et la compréhension du monde vécu de l'individu et de leurs divers contextes. Il permet aux professionnels de la santé de voir au-delà des différences individuelles de la personne, et de se concentrer sur l'unicité de l'individu en promouvant des soins sensibles, pensés et intelligents. Ce modèle est également utile pour re-conceptualiser la culture autrement qu'en terme d'ethnicité.

Définition de la transculturalité selon la théorie du soin culturel de l'Universalité et Diversité de Leininger et recherche en ethnonursing

Bibliographie	Type d'étude et but	Population Etudiée et pays	Méthodologie	Résultats	Lien avec question de recherche
Mc Farland M.R., Mixer S.J., Webhe-Alamah H., Burk R. (2012) <i>Ethnonursing: A Qualitative Research Method for studying Cultural Competent Care Across Disciplines. International Journal of Qualitative Methods.</i> 11(3), 259-279	Revue de littérature explorant la méthode de recherche de l'ethnonursing et du soin culturel selon le concept d'universalité et diversité de Madeleine Leininger; de son utilité pour les fournisseurs de soins d'autres disciplines comme l'éducation, la médecine, le travail social etc. Exploration de la théorie du soin culturel et description de la méthode de recherche de l'ethnonursing.	Etats-Unis	Revue de littérature	Explication du modèle de la théorie du soin transculturel selon Leininger. Définition des métaparadigmes importants à l'école de pensée de Leininger: soins génériques, soins professionnels, soins culturellement congruents, des compétences culturelles et la santé. Leininger complète des critères d'évaluation qualitatif afin d'en développer jusqu'à 6 pour évaluer la recherche en ethnonursing: «crédibilité, confirmabilité, signification du contexte, patterns récurrents, saturation et transférabilité» (p. 266) Interdisciplinarité à appliquer dans le domaine de la recherche ethnonursing comme dans le domaine du soin.	Le Sunrise Enabler de Leininger pourrait être utile comme outil de recherche. Comme dans les soins, le patient est de plus en plus acteur de sa santé, dans la recherche, le chercheur passerait d'un statut d'observant à un statut de participant actif. Cet article met en lumière les outils transculturels tant pour le domaine de la recherche que pour le domaine des soins. Ces outils facilitent la découverte, le respect, et la crédibilité des manières de faire de l'individu et donnent de la crédibilité à comment la personne veut être prise en soin.

Outils transculturels et leur impact dans la relation soignant-soigné

Bibliographie	Type d'étude et but	Population Etudiée et pays	Méthodologie	Résultats	Lien avec question de recherche
Pergert, P., Ekblad, S., Enskär, K., & Björk, O. (2008). Bridging obstacles to transcultural caring relationships — Tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 12(1), 35–43.	Etude qualitative explorant comment les soignants en oncologie pédiatrique outrepassent des obstacles à la relation soignant-soignés dans le soin transculturel.	Professionnels de la santé spécialistes en oncologie pédiatrique en Suède: 24 femmes et 11 hommes, ayant de 1 à 27 années d'expérience en oncologie pédiatrique	Méthode comparative après récolte de données d'entretiens de 5 focus groupes de professionnels de la santé, 3 groupes d'infirmières, 2 groupes formés pour l'analyse comparative: 1 groupe de médecins et un groupe d'infirmières indépendantes. Entretiens individuels semi-structurés de 1h retranscrits pour l'analyse comparative. Les données ont été analysées entre les entretiens et les questions entre les entretiens ont été modifiées de manière à élaborer des catégories émergentes.	Créer des liens est un procédé: différents outils peuvent être associés. Ceux-ci peuvent être communicationnels, transculturels et organisationnels. Identification de barrières dans la relation: linguistiques, culturelles, religieuses et organisationnelles. L'inéquité des soins est le résultat de barrières transculturelles non reconnues par le soignant. Cet article montre comment outrepasser les barrières afin d'atteindre de manière effective une relation soignant-soigné basée sur la transculturalité.	Définition de la relation soignant-soigné dans les soins transculturels: Parmi les outils communicationnels sont incluses la communication non-verbale et la confiance aux interprètes. Les outils pour outrepasser les obstacles dans une relation soignant-soigné basée sur la transculturalité sont: 1- les outils communicationnels y compris la communication non-verbale comme l'utilisation de signes, le touché soignant, le contact visuel, l'apport d'information par du matériel imprimé, l'utilisation des interprètes. 2- Les outils transculturels: La formation en transculturalité, la réflexivité transculturelle et la mise en lien transculturelle. 3- Outil organisationnel: donner du temps et une formation transculturelle.

4.2 Formulation culturelle

Acceptabilité, faisabilité et utilité clinique de l'entretien à la formulation culturelle (CFI)

Bibliographie	Type d'étude et but	Population étudiée et pays	Méthodologie	Résultats	Lien avec question de recherche
Aggarwal, Neil Krishan, Nicasio, A. V., DeSilva, R., Boiler, M., & Lewis-Fernández, R. (2013). Barriers to Implementing the DSM-5 Cultural Formulation Interview: A Qualitative Study. <i>Culture, Medicine, and Psychiatry</i> , 37(3), 505–533.	Etude qualitative ethnographique menée par des psychiatres culturels et des anthropologues issus de New York State Institute of Psychiatry et Columbia University dont le but est de tester l'entretien de la formulation culturelle (CFI) rédigé pour le DSM-V et d'amener des révisions au CFI.	32 patients de toutes races et ethnies de 18 à 80 ans avec diagnostics psychiatriques et 7 cliniciens. Les entretiens ont principalement eu lieu aux USA mais quelques entretiens ont aussi été effectués au Pérou, Canada, au Pays-Bas, Kenya et Inde.	Participation observante des chercheurs de novembre 2011 à octobre 2012 qui ont d'abord effectué une revue de littérature. Collecte de données en 3 phases: - pré-entretien pour les données démographiques - entretien CFI suivi d'une évaluation diagnostique standard - post-entretien avec debriefing ethnographique pour patients et cliniciens dont les résultats sont l'objet de cette étude. Il s'agit d'entretiens semi-structurés à questions ouvertes.	Obstacles à l'implémentation du CFI: manque de rapport entre intervention et problème, manque de motivation et d'adhérence, sévérité de la pathologie du patient, la redondance, le manque de différentiation par rapport à d'autres traitements et l'ambiguïté du design. (Aggarwal et al, 2013, traduction libre, p. 518) A noter que les points de vue des cliniciens et des patients se rejoignent.	La notion de culture n'est pas universelle et les sciences de la santé tendent à omettre l'apport des sciences humaines. Les chercheurs relèvent que les participants ont eu recours à un autre outil diagnostique pour évaluer le problème du soigné. Est évoquée l'utilité du CFI pour établir une relation avec le patient, pour un suivi à plus long-terme et comme outil d'anamnèse. Le CFI questionne la relation soignant-soigné. Chez les participants cliniciens, ce questionnement n'est pas jugé comme utile pour l'évaluation du soigné.

L'intersubjectivité dans la relation soignant-soigné accentue le besoin de recommandations pour utilisation de l'OCF

Bibliographie	Type d'étude et but	Population Etudiée et pays	Méthodologie	Résultats	Lien avec question de recherche
Aggarwal, N. K. (2012). Hybridity and intersubjectivity in the clinical encounter: Impact on the Cultural Formulation. <i>Transcultural Psychiatry</i> , 49(1), 121–139.	Etude qualitative sous forme d'étude de cas portant sur les différentes compréhensions par les multiples cliniciens de l'identité d'un même patient. Le chercheur se demande si tous les cliniciens utilisent la formulation culturelle et si tel est le cas trouvent-ils les mêmes résultats, étant donné que l'identité culturelle et d'autres informations culturelles sont subjectives et le résultat de la rencontre clinique.	Vétérain célibataire indien (30) issu d'une classe sociale moyenne à haute. Arrivé aux USA, il y a 10 ans. Sans emploi, ex professionnel de la santé pour l'armée US, présentant des problèmes d'acculturation persistants. Evalué dans différentes unités d'un hôpital américain: urgences, unité de plus long terme et hôpital de jour.	Comparaison de 7 évaluations cliniques d'un même patient.	1/7 soignant utilise l'OCF alors que tous identifient le rôle que la culture joue dans la symptomatologie. L'OCF clarifie l'identité du patient celui-ci s'identifiant comme un vétérain auprès du soignant indien, l'armée étant sa culture dominante de référence. Pourtant, le chercheur en comparant les interviews trouve que le patient s'identifie parfois comme indien, parfois, comme indien américain et parfois comme un «foncé dans un monde de blancs» suivant l'interlocuteur. L'hybridité pourrait partiellement expliquer la variation de l'information basée sur l'intersubjectivité clinique. L'investissement dans sa culture d'origine et d'hôte démontre que M. R. vit entre les 2. Le résultat de cette étude de cas met en évidence le besoin de recommandations pratiques pour une utilisation de la formulation culturelle dans le cadre du traitement.	L'auteur met en avant la variation de la rationalisation de l'information que le clinicien renvoie. Ce qui amène à l'intersubjectivité de la nature du savoir. L'hybridité donne la raison d'être de questions dans la CFI quant à l'identité du patient. L'intersubjectivité est ce qui émerge de la relation soignant-soigné. Le postulat de l'hybridité est que les individus appartiennent à une multitude de groupes culturels. Comment la culture influence l'expérience de la maladie mais aussi la relation soignant-soigné?

L'utilisation de la formulation culturelle serait adéquate pour le PTSD. L'impact de la relation soignant-soigné sur diagnostic n'est pas considéré

Bibliographie	Type d'étude et but	Population Etudiée et pays	Méthodologie	Résultats	Lien avec question de recherche
Fortuna, L. R., Porche, M. V., & Alegria, M. (2009). A Qualitative Study of Clinicians' Use of the Cultural Formulation Model in Assessing Posttraumatic Stress Disorder. <i>Transcultural Psychiatry</i> , 46(3), 429–450.	Etude qualitative explorant la procédure de diagnostic ainsi que la prise de décision clinique dans le cadre de l'évaluation du syndrome de stress post-traumatique (PTSD) Le but est d'estimer l'utilisation de l'OCF dans le diagnostic. Un autre objectif est la mesure de la compréhension du problème du patient. Le dernier but de cette étude est l'exploration de la relation soignant-soigné.	31 patients et 24 cliniciens dans le Nord-Est des USA issus de 8 cliniques offrant des services à des travailleurs immigrés affectés dans leur santé mentale avec 50% de patients non assurés. 51% de latinos, 12% euro-américains, 38% de blancs de 18 à 65 ans. 80% entre 18 et 49 ans, 60% de femmes, 65% de formation au Collège et 63% ont un revenu de ≤15000 USD. 55% sans emploi. 2/3 patients sont assortis aux cliniciens (ethnie ou genre).	La première rencontre soignant-soigné de 30 à 60 minutes est filmée. Le chercheur s'entretient individuellement après la 1 ^{ère} rencontre avec le soignant puis le soigné. Un formulaire est à compléter par le soignant et le soigné. Un chercheur ayant visualisé les entretiens pose son diagnostic sans avoir entendu le diagnostic du soignant. L'article se concentre sur l'entretien semi-structuré à questions ouvertes en anglais ou espagnol avec le clinicien.	L'identité culturelle et l'histoire de migration est évidente pour 23% des cas. L'explication culturelle de la maladie n'est relevée que dans 30% des cas par 7 cliniciens alors que cette composante est la base de l'OCF. Les facteurs culturels psychosociaux sont relevés dans 39% des cas. Les éléments culturels de la relation clinicien-patient ont été identifiés dans 16% des cas. L'impact de la culture sur le diagnostic et le traitement est relevé dans 41% des cas. D'autres stratégies diagnostiques sont utilisées dans 81% des cas pour évaluer le PTSD. Cette étude démontre de la nécessité d'étendre le concept de culture et d'arrêter de le limiter au groupe ethnique et racial.	L'intérêt de cette étude est que les résultats sont donnés par composantes de la formulation culturelle comme apparaissant dans le DSM-IV. Cette étude montre que l'OCF n'est pas assez utilisé alors que dans le cas du PTSD il se révèle adéquat puisque les croyances sont un angle d'approche intéressant donnant des informations sur l'histoire du traumatisme et permettant d'écarter des diagnostics différentiels. Si les soignants considèrent l'impact de la relation soignant-soigné, ils en oublient l'utilité en terme d'influence sur le diagnostic.

Attitude face à la thérapie, la qualité du thérapeute, la relation thérapeutique d'une perspective patient de culture chinoise

Bibliographie	Type d'étude et but	Population Etudiée et pays	Méthodologie	Résultats	Lien avec question de recherche
Jim, Jenny; Pistrang, Nancy. (2007). Culture and the therapeutic relationship: Perspectives from Chinese clients. <i>Psychotherapy Research</i> , 17(4), 461–473.	Etudes de cas phénoménologique à approche qualitative où est étudiée l'expérience des clients lors de leur psychothérapie.	4 hommes et 4 femmes de culture chinoise âgés de 19 à 37 ans et résidant en Angleterre, terre d'exile. La population est en train de suivre une psychothérapie ou en a suivi une dans l'année précédant l'étude. Ont été exclus de l'échantillonnage les personnes vivant avec des problèmes d'addiction ou vivant des états psychotiques.	La population a participé individuellement à un entretien semi-structuré d'1 heure couvrant 4 domaines: Raisons de la recherche d'aide et attentes de la psychothérapie, la qualité de la relation soignant-soigné, les aspects aidant ou non de la thérapie et l'impact des valeurs culturelles sur le processus thérapeutique. L'analyse des entretiens est faite à l'aide de l'analyse phénoménologique interprétative.	10 thèmes récurrents ont apparus, ceux-ci étant catégorisés en 3 domaines: attitudes face à la thérapie, la qualité du thérapeute, la culture et la relation thérapeutique. L'analyse démontre le besoin de compétence culturelle de la part du thérapeute. Les chercheurs illustrent les concepts de compétences culturelles et encapsulation culturelle. La relation thérapeutique et les résultats thérapeutiques sont optimisés lorsque thérapeute et soigné ont un point commun culturel ou quand le service de santé mentale est spécifique et commun à l'ethnie du soigné. Les participants relatent l'expression des émotions et la demande d'aide comme étant un signe de faiblesse vu sous l'angle de la tradition chinoise. Cette croyance est interprétée comme erronée et stigmatisante par les participants. L'expression des émotions est vue comme aidante pour diminuer l'aspect stigmatisant.	A travers cette étude, les chercheurs montrent ce qui fait qu'une thérapie est culturellement adaptée. Le lecteur découvre l'existence d'une échelle d'évaluation culturelle: AVS qui mesure l'adhérence aux valeurs asiatiques. Un des participants de l'étude identifie le manque d'empathie comme étant le manque de compréhension des origines du patient.

Profil des patients et analyse des demandes d'une consultation culturelle utilisant l'OCF. Impact de la culture sur diagnostic et traitement

Bibliographie	Type d'étude et but	Population Etudiée et pays	Méthodologie	Résultats	Lien avec question de recherche
Kirmayer, Laurence J; Groleau, Danielle; Guzder, Jaswant; Blake, Caminee; Jarvis, Eric. (2003). Cultural Consultation: A Model of Mental Health Service for Multicultural Societies. <i>Can J Psychiatric</i> , 48(3), 145–153.	Etude mixte descriptive quantitative reportant le profil des cas et la raison de consultation d'une structure en santé mentale spécialisée en consultation culturelle. Qualitative pour l'analyse de la satisfaction des professionnels ayant recours à la consultation.	60% féminine avec une formation type école obligatoire à 44%, 9% a fréquenté le collège, 47% est universitaire, 65% est sans emploi. 27% est canadienne, 24% est migrante, 41% réfugiée et requérante d'asile originaire de 42 pays différents. 28 langues sont comptées dans les 100 cas avec 50 groupes ethniques et 6 religions. Les 73 informateurs culturels et consultants sont surtout psychologue, psychiatre ou assistant social.	Relevé précis des profils. La partie qualitative se fait par participation observante d'un anthropologue qui évalue et analyse le type de problèmes interculturels, le profil des personnes et institutions ayant recours à la consultation, le type de formulation culturelle et son impact sur les interventions, les barrières à l'implémentation de ce service à l'aide d'entrevues réalisés avec les consultants.	58% de demande de consultation résultent d'une clarification de diagnostic, 45% sont liées au besoin d'un recalibrage du traitement, 25% sont des demandes d'informations culturelles. La 1/2 des cas avaient des raisons multiples de consulter ce qui relève la complexité et les interrelations des problèmes. La 1/2 des demandes peut être résolue par téléphone. 20% n'a pas besoin de la consultation culturelle. 19% des consultations se fait sans le patient. 1/2 des consultations a nécessité un interprète. 2/3 cas ont requis un assortiment du consultant et le soigné en terme de religion, d'origine ou de langue.	L'impact des malentendus culturels en terme d'évaluations incomplètes, de diagnostics erronés de traitement inadéquat, du manque d'adhérence thérapeutique. La grande satisfaction des référents ayant recours à la consultation est mise en évidence. Les référents formulent le besoin du suivi sur un plus long terme. Les chercheurs notent la nécessité d'une formation pour collaborer avec des interprètes et médiateurs culturels. L'OCF est l'outil de base utilisé dans cette consultation. Les résultats positifs sur la santé du patient sont démontrés par l'étude de cas.

Application clinique de l'OCF et démonstration du questionnement du clinicien quant à la relation soignant-soigné

Bibliographie	Type d'étude et but	Population Etudiée et pays	Méthodologie	Résultats	Lien avec question de recherche
Takeuchi, J. (2000). Treatment of a biracial child with schizoprenoform disorder: Cultural formulation. <i>Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology</i> , 6(1), 93–101.	Etude qualitative sous forme d'étude de cas dans laquelle le chercheur décrit le cas d'un enfant traitée par neuroleptique d'abord puis par une guérisseuse traditionnelle. Son parcours thérapeutique et l'histoire de vie sont décrits pour démontrer comment s'utilise la formulation culturelle.	Adolescente métisse de 13 ans de mère polynésienne et de père caucasien vivant sur la côte Ouest des US en milieu urbain. Elle est scolarisée à l'école obligatoire et souffre d'une forme de schizophrénie passagère depuis que son grand père est décédé.	Le chercheur donne une description précise du cas en donnant le profil du patient, l'histoire de la maladie, la socialisation ainsi que le développement de l'enfant, l'histoire psychiatrique de la famille, le parcours thérapeutique et les résultats. Il donne ensuite des formulations diagnostiques selon 5 axes. Finalement, le cas est reformulé selon la formulation culturelle.	Avec la formulation culturelle, le chercheur étaye le profil où l'histoire migratoire de la mère prend plus d'importance. L'acculturation de la petite est moindre, la mère maintenant des traditions dans le quotidien. Un conflit interne en lien avec son métissage est mis en avant par les engagements dans la culture d'origine et hôte. L'explication culturelle de la maladie est identifiée: le fakamahaki. Ces symptômes dans les normes du groupe d'origine ne sont pas rares et sont guérissables par la médecine traditionnelle. L'enfant sera amenée chez une guérisseuse au Royaume Tonga par sa maman, n'ayant pas trouvé la réponse adéquate aux symptômes via les traitements neuroleptiques.	Application de l'OCF à une situation clinique illustrant comment l'utiliser et comment documenter les 5 différentes composantes que l'on trouve dans le DSM-IV. L'auteur de l'article montre quelles questions le soignant peut se poser quant à la relation soignant-soigné et comment se remettre en question et évaluer l'influence de la perception du soigné sur l'adhérence à son traitement. Le succès du traitement traditionnel est reconnu par le chercheur et justifié par la réconciliation avec des membres de la famille.

4.3. Les facteurs favorisant la transculturalité

L'interprétariat incluant compétences culturelles: la réponse à la barrière linguistique

Bibliographie	Type d'étude et but	Population étudiée et pays	Méthodologie	Résultats	Lien avec question de recherche
Baird, M. B. (2011). Lessons Learned From Translators and Interpreters From the Dinka Tribe of Southern Sudan. <i>Journal of Transcultural Nursing</i> , 22(2), 116–121.	Etude qualitative permettant d'explorer les expériences de transition lors de la migration aux Etats Unis de 10 femmes réfugiées provenant de la tribu Dinka (Sud du Soudan)	10 femmes réfugiées provenant de la tribu Dinka, qui ont été expulsées de leur pays avec leurs enfants lors de la guerre civile (dans les 10 années précédentes). Etats- Unis	Etude qualitative utilisant les méthodes ethnographiques semi-structurées, avec entretiens individuels approfondis et prises de notes des observations.	L'étude a démontré que les interprètes doivent non seulement connaître la langue étrangère mais aussi les habitudes culturelles et sociales. La congruence culturelle entre l'interprète et la personne étrangère peut être à la fois un avantage et un obstacle. Lors de cette étude, il en est ressorti qu'il avait été avantageux d'avoir une traductrice issue de même ethnie que certaines patientes, ce qui lui permettait de bien connaître la tradition culturelle, les croyances et pratiques du peuple Dinka. Cependant, cela a aussi compliqué la tâche de ceux qui faisaient la recherche car cette interprète avait une vie tout aussi chaotique et difficile que les personnes qu'elle traduisait, et cela a parfois été un vrai challenge de réussir à conduire les entretiens dans ce contexte.	Cette étude démontre l'importance de recourir à des interprètes qualifiés lorsque les barrières linguistiques sont trop importantes et constituent une entrave aux soins. Ce texte a mis l'emphasis sur le fait que la connaissance de la langue à traduire ne suffit pas pour permettre une traduction adéquate. La formation, l'entraînement et l'expérience des interprètes contribuent à la qualité de l'information obtenue. De plus, il est vital que les interprètes aient des compétences transculturelles afin de pouvoir mener à bien leur mission. Lors de cette étude, on a pu aussi voir que la mise en confiance des patients est vitale au bon déroulement de l'interprétation.

Interpétariat et transculturalité au service d'une relation soignant-soigné adaptée

Bibliographie	Type d'étude et but	Population étudiée et pays	Méthodologie	Résultats	Lien avec question de recherche
Festini, F., Focardi, S., Bisogni, S., Mannini, C., & Neri, S. (2009). Providing Transcultural to Children and Parents: An Exploratory Study From Italy. <i>Journal of Nursing Scholarship</i> , 41(2), 220–227.	Etude exploratrice descriptive, dans le but de connaître les attitudes et problèmes rencontrés par les infirmières en pédiatrie concernant leurs soins envers les enfants d'immigrés et la relation avec les parents.	129 infirmières du Meyer Pediatric Hospital (soit 64,1% des infirmières ayant reçu le questionnaire). Italie, Florence	Un questionnaire anonyme avec 11 items a été distribué à 201 infirmières du Meyer Pediatric Hospital en Mai 2007. Questions fermées et ouvertes dont les thèmes récurrents ont été listés.	La barrière linguistique constitue le problème majeur dans la relation soignant-soigné. Le langage est un outil de communication fondamental sans lequel la relation infirmière-patient ne peut être complète. Ce qui amène à une incapacité d'effectuer des soins de qualité. Au-delà des problèmes de langue, cette étude montre l'importance d'enseigner (à l'université et en formation professionnelle continue pour les infirmiers italiens et les étudiants infirmiers) les soins transculturels, la diversité culturelle, la compétence culturelle pour les soins.	A travers cette étude, nous pouvons voir la nécessité de la transculturalité au-delà de «juste» trouver quelqu'un pour traduire ce que dit le patient. L'étude met l'emphase sur le fait que des formations transculturelles doivent être dispensées aux étudiants en soins et aux infirmiers actifs. Il insiste aussi sur la nécessité d'acquérir des notions transculturelles et souligne que la mise en pratique de la transculturalité est nécessaire au bon déroulement des soins, afin que ceux-ci soient complets.

Perceptions de la maladie mentale d'une perspective culturelle et barrières empêchant l'accès aux soins. Inclusion d'un membre de la famille dans un projet de soin pour favoriser l'adhérence au traitement.

Bibliographie	Type d'étude et but	Population étudiée et pays	Méthodologie	Résultats	Lien avec question de recherche
Dow, H. D. (2011). Migrants' Mental Health Perceptions and Barriers to Receiving Mental Health Services. <i>Home Health Care Management & Practice</i> , 23(3), 176–185.	Revue de littérature dont le but est de connaître les perceptions qu'ont diverses cultures à propos de la santé et de la maladie mentale.	Les immigrants ayant des troubles psychologiques et/ou psychiatriques. Monde entier	+ de 80 références bibliographiques	Cette étude expose différentes barrières culturelles entravant l'accès aux soins psychiatriques, et les raisons de ces barrières. On y trouve la démonstration de l'importance de l'utilisation et de la promotion de soins culturellement congruents.	La compétence culturelle des soignants est déterminante dans l'identification des facteurs permettant un processus de soins approprié à chaque patient. Il est important de connaître les différentes interprétations culturelles concernant la maladie, la souffrance et la mort afin de mieux comprendre le comportement des patients. L'inclusion de la famille dans le projet de soins, peut se révéler être le facteur déterminant pour une adhérence aux soins. Dans certaines cultures, il est parfois nécessaire d'argumenter les soins auprès d'un membre de clan ou du chef de famille afin de gagner l'accord du patient pour les soins.

Outrepasser des barrières telles que linguistiques, culturelles via la culturalité et engagement de professionnels de la santé contournant les lois pour répondre aux besoins de santé de migrants sans papiers

Bibliographie	Type d'étude et but	Population étudiée et pays	Méthodologie	Résultats	Lien avec question de recherche
Straßmayr, C., Matanov, A., Priebe, S., Barros, H., Canavan, R., Díaz-Olalla, J., ... Katschnig, H. (2012). Mental health care for irregular migrants in Europe: Barriers and how they are overcome. <i>BMC Public Health</i> , 12(1), 367.	Recherche qualitative avec entretiens semi-structurés. Les buts de cette recherche sont 1) identifier les obstacles rencontrés par les migrants sans papiers pour l'accès aux soins psychiatriques, 2) explorer les solutions qui permettent de les surmonter.	Les migrants sans papiers. 14 pays Européens (Autriche, Belgique, République Tchèque, France, Allemagne, Hongrie, Italie, Irlande, Hollande, Pologne, Portugal, Espagne, Suède et Angleterre)	Recherche menée entre 2007 et 2010 à l'aide d'entretiens auprès de 25 experts en santé mentale. Le programme contient 1) des questions ouvertes au sujet des services proposés, des obstacles que les migrants sans papiers rencontrent et sur ce qui est mis en place pour les surmonter 2) des questions d'ordre général sur la qualité des soins mentaux pour les sans papiers.	Même dans les pays où l'accès aux soins est légalement possible pour les migrants sans papiers, beaucoup d'obstacles aux soins sont identifiés. Certains sont communs à tous les migrants, d'autres sont spécifiques aux migrants en situation irrégulière. Un manque de compétences culturelles, une pénurie de connaissances linguistiques et de traducteurs ayant des connaissances dans le domaine des soins psychiatriques et un manque de matériel traduit dans différentes langues constituent des barrières importantes empêchant l'accès aux soins. La culturalité est un des outils fondamentaux pour dépasser un bon nombre de ces obstacles.	Obstacles aux soins de santé mentale pour les sans papiers. Sensibilisation à la transculturalité pour la compréhension de situations cliniques favorisant l'accès aux soins. Nécessité de formation d'interprètes en santé mentale. Tendance à consulter en situation aiguë. Cela est délétère pour l'état de santé, un suivi régulier étant nécessaire pour prévenir la marginalisation. Illustration des stratégies mises en place par les soignants pour contourner les lois. Manque de connaissances légales du patient migrant.

Obstacles à la prise en soins de personnes migrantes et importance de la communication pour la relation de confiance

Bibliographie	Type d'étude et but	Population étudiée et pays	Méthodologie	Résultats	Lien avec question de recherche
Sandhu, S., Bjerre, N. V., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., ... Priebe, S. (2012). Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i> , 48(1), 105–116.	Recherche qualitative avec entretiens semi-structurés.	Les migrants nécessitant des soins en santé mentale dans 16 pays européens. (Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Hongrie, Italie, Lituanie, Hollande, Pologne, Portugal, Espagne, Suède, Angleterre)	Entre 2008 et 2010, 48 entretiens semi-structurés avec des professionnels travaillant en santé mentale dans des structures à grande proportion de migrants. Chaque entretien a été retranscrit et analysé de façon thématique.	Il existe de nombreux obstacles dans la prise en soins des personnes migrantes: difficultés dans la pose du diagnostic, disparités de langage empêchant de communiquer correctement sur les symptômes et l'expérience du patient, difficultés de développer une relation de confiance et un risque accru de marginalisation. Un manque de compétences culturelles peut entraîner des problèmes d'interprétations quant à certains comportements de patients qui peuvent être jugés comme étant pathologiques alors qu'ils sont standards dans leur contexte culturel.	L'importance d'une communication claire et précise avec les patients afin de pouvoir poser un diagnostic adéquat et afin d'avoir une bonne adhérence aux traitements. La barrière linguistique constitue un frein aux soins, nécessitant l'implication d'interprètes. Toutefois, comprendre la langue d'un patient ne permet pas forcément de le comprendre. Des contextes culturels différents peuvent entraîner une erreur d'interprétation lors de certains comportements standards dans la culture de l'autre. La formation en interculturalité permet de mieux comprendre la culture du patient afin d'instaurer une relation de confiance.

Perceptions et auto-évaluations des habiletés culturelles chez des soignants et besoin de renforcer les compétences culturelles du personnel soignant d'un grand centre hospitalier en Suisse Romande

Bibliographie	Type d'étude et but	Population étudiée et pays	Méthodologie	Résultats	Lien avec question de recherche
Casillas, A., Paroz S., Green R. A., Wolff H., Weber O., Faucherre F., Ninane F., Patrick Bodenmann. (2014) Cultural Competency of Health-Care Providers in a Swiss University Hospital: Self-Assessed Cross-Cultural Skillfulness in a Cross-Sectional Study. <i>BMC Medical Education</i> 14(1), 14-19.	Etude transversale par autoévaluation de l'habileté interculturelle perçue par les soignants. Contexte: enquête menée suite à une demande de fonds faite à la MFH (Migrants en Suisse Friendly Hospitals) pour des formations de sensibilisation interculturelle.	Des médecins et infirmiers/ères du CHUV: Hôpital Universitaire de Lausanne, l'un des 5 centres médicaux universitaires en Suisse. Sur les 885 questionnaires envoyés, 368 ont été renvoyés (41,2%) dont 124 médecins et 244 infirmiers/ères.	885 questionnaires ont été envoyés par la poste au domicile de fournisseurs de soins de première ligne de Lausanne, en novembre 2010. Etude de l'habileté perçue par les fournisseurs quant à leurs compétences interculturelles. Utilisation d'un sondage sur les soins établi par le CCCS pour des médecins résidant aux Etats-Unis, en 2003, (Cross-Cultural Care Survey), et ajout de nouvelles questions portant sur des compétences culturelles relevant du contexte. Utilisation de la méthode de régression linéaire.	Cette étude a confirmé la nécessité d'une formation interculturelle avec sensibilisation des fournisseurs quant aux enjeux locaux. Les infirmiers ont exprimé leur préoccupation, à travers leur sentiment d'habileté interculturelle inférieure que celui ressenti par les médecins. Cela serait dû à leur manque d'expérience auprès de populations étrangères, et à une formation interculturelle insuffisante. Selon l'étude, les médecins pourraient être aussi moins enclins à admettre un manque de compétence. Une enquête similaire est prévue à Lausanne en 2015 afin de pouvoir mesurer l'évaluation de la perception de l'habileté interculturelle des soignants.	Cette étude a été effectuée en Suisse dans un grand centre médical universitaire, face à des contraintes et des tensions dans les soins auprès de patients divers et vulnérables. Elle est partie du constat suivant: beaucoup de soignants ne sont pas conscients du fait que le manque de compétences culturelles peut conduire à des méfiances, des insatisfactions, un manque de confiance dans le système médical de la part des patients, pouvant nuire à leur état de santé. Des projets concrets d'amélioration de l'habileté interculturelle ont été mis en place et seront réévalués prochainement.

4.4. Synthèse des résultats

4.4.1. La transculturalité: Définition et apports dans les soins

Notre revue de littérature montre que le modèle de soin de Leininger sert de référence pour les travaux sur la transculturalité dans les soins.

Wikberg et Ericksson (2008) comparent leur approche du soin. Dans l'approche caritative, le soin est ontologique, phénoménologique et une réalité concrète avec le processus infirmier qui est basé sur la pathologie et la planification du soin. Chez les théoriciens de la transculturalité, le caring est universel et divers, un devenir, et mène vers la santé et le bien-être.

Ingram (2012) amène des éléments de définition de la transculturalité en faisant un lien avec le modèle du processus culturel de Campinha-Bacote (2002). Ce modèle est composé de cinq constructions, basée sur les compétences, la conscience culturelle améliorant la relation soignant-soignée.

Albarran et al. (2011), à partir du modèle d'évaluation transculturelle de Giger et Davidhizar ont fait évoluer le modèle de Leininger en définissant les caractéristiques de la transculturalité comme moins réductibles au culturalisme et comme un soin humaniste, basé sur le respect et la dignité de la personne.

Mc Farland et al. (2012) amènent un outil du modèle du soin transculturel de Leininger: le Sunrise Enabler. Son utilisation facilite la relation soignant-soignée à travers les dimensions du respect de la personne, la manière de considérer la personne en donnant de la crédibilité à comment elle veut être prise en soin.

Pergert et al. (2008) reviennent sur la définition soignant-soigné dans les soins transculturels.

A l'issue de cette revue de littérature, nous constatons que toutes ces définitions ramènent à une caractérisation de la relation entre le soignant et le soigné.

4.4.2. La formulation culturelle

La formulation culturelle selon les 5 composantes comme amenées dans le DSM-IV par Lewis-Fernandez est un outil au service de la relation soignant-soigné. Il a été aménagé et réadapté de manière à répondre à l'acceptabilité, la faisabilité et l'utilité clinique. C'est ainsi que les 5 composantes de la formulation culturelle ou OCF est devenu l'entretien à la formulation culturelle (CFI). Cette standardisation est en lien avec un constat: la sous-utilisation de cet outil (Fortuna et al., 2009).

L'usage de cet outil vise à améliorer l'alliance thérapeutique.

4.4.3. Facteurs favorisant l'usage de la transculturalité

A travers la lecture des 6 articles de recherche mentionnés précédemment, nous avons pu constater que les soins auprès de populations étrangères sont difficiles, car ils sont souvent entravés par des barrières linguistiques et culturelles.

Expliquer la pathologie/le soin, donner un conseil, effectuer de la prévention, de l'éducation, tous ces éléments permettent de dispenser un soin de qualité. Nous voyons donc que la communication verbale est un élément essentiel à une bonne prise en soins des patients. Cependant, les barrières linguistiques rencontrées avec les populations étrangères constituent une entrave aux soins de base. Cela est encore plus difficile lors de soins psychiatriques, lorsque les symptômes ne sont pas visibles, mais pourtant bien réels et présents pour des patients qui ont du mal à s'exprimer dans notre langue.

Nous avons vu que l'utilisation d'interprètes permet de pouvoir communiquer avec ces patients. Il est important que ces interprètes aient une formation, un entraînement, une expérience, et des compétences transculturelles. Lorsqu'il s'agit de soins en psychiatrie, nous avons pu voir qu'ils doivent aussi avoir des compétences dans le domaine psychiatrique. Nous avons vu que les soignants devaient d'avantage connaître les procédures pour faire appel aux traducteurs, et qu'ils devaient d'avantage oser les solliciter.

Communiquer dans la langue du patient est déjà un bon point, mais cela n'est pas toujours suffisant, car il existe des barrières culturelles pouvant entraver les soins. En effet, la culture d'un patient est influencée par de nombreux facteurs. Elle influence sa vision (de la vie, de la souffrance et de la maladie) ainsi que ses comportements.

On a pu voir que les formations en transculturalité sont nécessaires pour tous types de soignants, allant des interprètes aux médecins, en passant par les infirmiers et les étudiants infirmiers. Ces formations donnent des outils aidant à outrepasser les barrières culturelles.

5. Discussion

5.1. La transculturalité

A l'issue de cette revue de littérature, on constate que la place de la relation soignant-soigné est centrale dans l'approche transculturelle du soin et des outils peuvent venir la soutenir.

Selon Leininger, le préfixe «trans» des soins transculturels comprend une vision plus large tant en but qu'en objectif car il signifie aller à travers les cultures. Cette vision a

une perspective comparative tandis que le concept «inter» culturel signifie entre quelque chose ou entre une place et l'autre. Le préfixe «trans» définit de manière plus précise l'activité et l'interaction (Leininger & McFarland, 2006, traduction libre, p. 84).

La théorie de la transculturalité n'est pas une théorie dérivée en ce sens qu'elle a été développée pour une utilisation précise avec un public ciblé. Elle est utilisée afin de comprendre les besoins en soins et en santé des personnes de différentes cultures. L'altérité est hautement considérée. On comprend donc que l'expérience de la praticienne dans sa connaissance des différentes cultures est fortement mise à contribution. Grâce à son savoir d'anthropologue, Madeleine Leininger, instigatrice de la transculturalité relève que le soin à l'humain doit tenir compte de sa culture et ses origines quand il s'agit d'être en santé ou de retrouver le bien-être. Il est important de relever que Madeleine Leininger était infirmière avant d'être anthropologue. Tout au long de ses études en anthropologie, elle s'est focalisée sur les soins au sein des différentes cultures. C'est d'ailleurs pendant ses études qu'elle a développé sa théorie de la diversité culturelle et l'universalité dans le soin en se concentrant particulièrement sur le «nursing» et les résultats sur la santé. Elle est allée encore plus loin dans ce processus en cherchant à adapter sa théorie à d'autres disciplines en lien avec la santé. Le phénomène central de recherche pour Madeleine Leininger est le lien entre le soin et la culture. (Leininger & McFarland, 2006).

Ontologiquement parlant, Mme Leininger comprend le soin comme l'essence de la discipline infirmière «Care is nursing, care is health, care is curing, and care is well being.» (Leininger 1988 a/b/c/, 1991 a/b/; Leininger & McFarland, 2002 cité par Leininger & McFarland, 2006, p. 3). Si le soin est l'essence pour Madame Leininger, il est cependant exploré à la lumière de la transculturalité. Elle postule également que la culture est la particularité la plus large, la plus compréhensive, holistique et universelle de l'être humain elle est prévue pour être ancrée dans le soin.

Pour ce qui est du soin, la théorie du soin culturel selon Leininger met à disposition trois modalités d'action et de décision pour fournir des soins culturellement congruents et compétents : préservation et maintenance, accommodation et négociation, recherche de patterns alternatifs et restructuration.

Le maintien et la préservation du soin culturel par l'assistance, le soutien, l'accessibilité pour le soignant de manière à maintenir le bénéfice du soin au sein de la culture de la personne et de ce fait permettre à la personne soignée de conserver ses croyances et valeurs face à la maladie, la mort ou le handicap.

Une certaine accommodation ou négociation en lien avec l'assistance, le soutien et l'accessibilité afin de permettre au soignant créatif d'adapter la pratique en maintenant

une congruence, la sécurité et l'efficacité du soin pour la santé, le bien-être et faire face à la maladie ou la mort.

Un remodelage ou une restructuration du soin culturel pour permettre au processus de soin avec prise de décision commune (soignant-soigné). (McFarland & Leininger, 2012, traduction libre, p. 267)

Leininger est une des pionnières à avoir apporté la notion de compétences culturelles dans la pratique infirmière. Elle a développé le modèle Sunrise Enabler servant de «carte cognitive de la théorie du soin culturel» (McFarland & Leininger, 2012, traduction libre, p. 264). Ce modèle explique le soin et ses multiples influences. Il démontre l'interrelation des concepts de la théorie de la diversité et de l'universalité de la théorie du soin culturel. Le but de la théorie du soin culturel est de découvrir et d'expliquer l'interdépendance du soin et des phénomènes culturels avec les différences et les similitudes au travers des cultures (McFarland & Leininger, 2006, traduction libre).

Cependant, il est intéressant de constater qu Leininger se refusait de donner des outils pour soutenir sa philosophie du soin. Le Sunrise Enabler n'est pas un outil. Il soutient ce modèle de pensée.

Ingram (2011) se réfère à Leininger pour définir les compétences culturelles dans la pratique infirmière. Selon Leininger, la conscience des perceptions culturelles du patient permet à l'infirmière de promouvoir des soins culturellement compétents. La théorie de Leininger est basée sur les prémisses de divers facteurs: la religion, les valeurs, l'histoire, l'économie et la vision du monde influencent le soin du patient. La théorie prend donc en compte les croyances culturelles, le soin, les comportements et les valeurs de l'individu, des familles et du groupe afin de promouvoir des soins effectifs, satisfaisants et culturellement congruents (traduction libre, p. 697).

La conscience des perceptions culturelles du patient permet à l'infirmière de fournir des soins culturellement compétents. Un professionnel de la santé est considéré culturellement compétent lorsqu'il peut incorporer des expériences de diversités culturelles, une connaissance et une sensibilité dans sa pratique clinique. Le comportement associé aux compétences culturelles provient également de l'exposition à divers groupes et diverses cultures et ethnies. La conscience culturelle, le respect et les compétences de communication sont les éléments de base des soins culturels. L'adhérence du patient est améliorée lorsque le plan de soin infirmier est plus spécifique aux besoins du patient. (traduction libre, Schim & al, 2004 ; Chang & Kelly, 2007, cité par Ingram, 2011).

Au vu des différents articles concernant la formulation culturelle, il est préférable de parler d'outils aboutissant à des soins culturellement congruents. A la lecture de l'étude comparant la transculturalité, à laquelle adhèrent Leininger, Campinha-Bacote et Ray, et le soin caritatif selon Ericksson (Wikberg et Ericksson, 2008), on comprend que la formulation culturelle, s'apparente plus au concept du soin caritatif dans le caring selon Ericksson puisque celui-ci parle en terme de pathologie comme dans l'entretien de la formulation culturelle (CFI) où le clinicien questionne le patient sur son problème. Les théoriciens de la transculturalité, eux, ont une approche de l'individu et son processus de santé et non pas du problème.

5.2. La relation soignant-soigné au centre de l'approche transculturelle

Dans la recension des écrits ici proposée, il est à relever que la relation soignant-soigné est un thème qui ressort dans 16 articles sur 18. La relation soignant-soignée est discutée sous l'angle de la transculturalité avec souvent une perspective infirmière à l'appui et différents paradigmes en lien avec la culturalité. Elle est discutée dans l'évaluation de la formulation culturelle, via des regards de psychiatres culturels ou d'anthropologues et elle est encore discutée lorsqu'il s'agit de démontrer l'impact de la transculturalité sur le soigné.

Selon Pergert (2008), la relation soignant-soigné transculturelle est une relation professionnelle à travers les cultures dont le but est le soutien du processus de santé des patients et la prodigation de soins culturellement congruents (traduction libre, p. 36).

Soigner une personne ne correspond pas seulement à effectuer des soins d'ordre technique. Expliquer la pathologie, le soin, donner un conseil, effectuer de la prévention, de l'éducation. Soigner une personne consiste également à entretenir une relation avec un individu. Selon Vega (2012), «Ces savoirs relationnels sont souvent longs à acquérir, peu palpables et difficiles à évaluer.» (p.16)

Selon Festini, Focardi, Bisogni, Mannini, & Neri (2009), la langue en tant que moyen de communication est fondamentale pour une relation soignant-soigné efficace. Sans ce moyen de communication, le soin infirmier est incomplet (traduction libre, p. 226).

En Suisse, une étude transversale a été demandée suite à une demande de fonds par Migrants en Suisse Friendly Hospitals. (Casillas et al., 2014) Il s'agissait dans cette étude de mesurer les habiletés culturelles des soignants. Le constat relate des tensions dans les soins lorsqu'il s'agit de patients dans des situations précaires et vulnérables. Le manque d'habileté culturelle des soignants conduit à des méfiances,

des insatisfactions, un manque de confiance dans le système médical de la part des patients, pouvant nuire à l'état de santé des migrants.

Des projets concrets d'amélioration de l'habileté interculturelle ont été mis en place, et seront réévalués prochainement.

Voici 4 éléments qui permettent d'évaluer l'habileté transculturelle individuelle des soignants: la prise en compte de l'histoire sociale, le travail en collaboration étroite avec un interprète médical, la négociation avec le patient sur des aspects clés de son traitement et l'évaluation de la compréhension du patient de la cause de sa maladie. (Casillas et al., 2014, traduction libre, p. 4)

Nous voyons que la communication est nécessaire afin de pouvoir répondre aux différents points mentionnés ci-dessus, qui amèneront une meilleure adhérence de la part du patient. L'utilisation d'interprètes peut-être aidante pour autant qu'ils aient une formation en santé mentale également, cependant certains chercheurs relèvent que pour leur propre étude, ils ont préféré l'assortiment de langue entre interviewer et participant de manière à éviter le biais que représente l'interprète et constituant de la sorte une triangulation. Pour des structures de soins fréquentées par une population migrante, certains responsables d'unité n'hésitent pas à recruter du personnel multilingue. Pour Santé Migrants et le CAMSCO, à Genève, Gilles Hourton⁶ demande à son personnel la connaissance de l'espagnol pour répondre à une forte demande de la population migrante d'Amérique du Sud. L'assortiment culturel à des fins d'améliorer la relation soignant-soigné est certes une stratégie puisque le patient a besoin de se sentir entendu, écouté et compris.

Selon Festini et al. (2009), La langue comme moyen de communication est fondamentale pour une relation soignant-soigné efficace. Sans cela, le soin infirmier est incomplet. (traduction libre, p. 226).

5.3. Mise en évidence d'outil facilitant la relation soignant-soigné

Les articles en relation avec la formulation culturelle représentés ici se situent au cœur de la santé mentale et de la psychiatrie. Qu'elle soit sous forme des 5 composantes culturelles comme publiée dans le DSM-IV et présentée sur le site des HUG ou qu'elle soit sous forme d'entretien comme publiée dans le DSM-5, la formulation culturelle a l'avantage de donner matière à réfléchir sur la notion de culture et de son impact tant sur la santé de l'individu et des groupes que sur la relation que l'individu ou le groupe entretient avec le soignant. Si on est au cœur de la santé mentale, il faut considérer à ce stade que peu d'infirmières ont participé à l'évaluation de la formulation culturelle

⁶ Responsable infirmier de l'unité de médecine de premier recours et de Santé Migrants.

dans cette revue. Il s'agit, à une étude près où on note la participation d'une infirmière, d'apports de cliniciens tels que psychiatres dans la mesure où la formulation culturelle est surtout évaluée en terme d'outil au service de l'évaluation diagnostique en santé mentale d'un individu. Les résultats présentés ci-dessus concernent pourtant autant la discipline infirmière que la médecine.

La formulation culturelle (OCF) est un guide diagnostique créé par des psychiatres culturels avec la contribution de médecins anthropologues pour améliorer «les capacités interprétatives à l'évaluation du diagnostic et du traitement» (Aggarwal et al., 2013, traduction libre p. 506). Ce guide est à disposition des professionnels de la santé plus particulièrement en santé mentale dans l'appendice du DSM-IV (Mezzich et al. 1999, Mezzich 2008). L'OCF est réputé comme étant «la contribution la plus significative de l'anthropologie en psychiatrie pour souligner l'expérience de la maladie du patient» (Aggarwal et al., 2013, traduction libre, p. 506). Il permet au clinicien d'évaluer 4 domaines: l'identité culturelle de l'individu, les explications culturelles de la maladie, les facteurs culturels liés à l'environnement psychosocial et au niveau de fonctionnement, les éléments culturels de la relation entre l'individu et le clinicien. (cité par Dominicé Dao, HUG, 2008, adapté de Lewis-Fernandez et Diaz, 2002). La particularité de l'OCF réside dans le fait qu'il donne sa place à la narration dans une approche psychodynamique. En résumé, il reflète cette volonté de considérer le patient dans sa globalité et non pas seulement à travers des symptômes, ce que l'infirmière tend à faire dans sa pratique.

Dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) apparaît l'entretien pour la formulation culturelle (CFI) qui est une version améliorée du guide de formulation culturelle. Ce remaniement est le résultat de la constatation que la formulation culturelle sous forme de guide était sous-utilisée. Aggarwal avait déjà sorti une étude en 2012 mettant en évidence le besoin de recommandations pratiques pour une utilisation de la formulation culturelle et à travers cette étude de cas, il rapporte que 1/7 soignant seulement utilise la formulation culturelle. Fortuna et al, en 2009, démontrent, quant à eux, que dans le cas du syndrome du stress post-traumatique (PTSD), là aussi la formulation culturelle n'est pas assez mise à contribution. Les chercheurs montrent ici qu'à 81% des cas, les cliniciens ont utilisé d'autres stratégies diagnostiques et ce pour une question de temps mais aussi pour éviter de focaliser sur le trauma lors d'une 1ère rencontre, faisant l'objet de cette étude qualitative. Pourtant, Kirmayer et al, en 2003, lors d'une étude mixte vouée à l'évaluation d'une consultation culturelle ont dans leur volet quantitatif relevé que 58% des consultations résultaient d'une demande de

clarification de diagnostics de la part des cliniciens alors que 45 % des demandes de consultation ont fait l'objet de restructuration de traitement.

L'aboutissement du CFI à partir de l'OCF est fondée sur trois étapes: la première étape consistant en une revue de littérature depuis 1994; la deuxième à l'apport de modifications et le reformatage par un groupe de travail. Puisqu'il y a une revue de littérature à la source des révisions, on peut dire que le CFI est motivé par l'évidence. Celle-ci est confirmée par une troisième étape qui a consisté à des essais sur le terrain et ce dans le monde entier. Cette phase de test sur le terrain avait pour but de tester la faisabilité, l'acceptabilité et l'utilité clinique, et ce, tant auprès de cliniciens que de patients. La méthode utilisée pour décrire et quantifier le phénomène vient de Krippendorff (2013) et amène les chercheurs à la conclusion que leur étude est parfaitement répliquable. Il ne s'agit pas ici d'analyse de contenu telle que proposée dans les méthodes de recherche de la transculturalité. Les chercheurs ont préféré une méthode de statistique descriptive afin de catégoriser les thèmes, en effet les analyses qualitatives résultent rarement en données prêtes à être comparées avec des tests statistiques de différences (Aggarwal et al. 2013, traduction libre, p. 514).

Les chercheurs ont identifié à travers cette étude quelles pouvaient être les barrières à l'implémentation du CFI d'une perspective soignante et d'une perspective patient. Nous relevons ici les 5 premières barrières: "manque de rapport entre intervention et problème, manque de motivation et d'adhérence, sévérité de la pathologie du patient, redondance, manque de différenciation par rapport à d'autres traitements et ambiguïté du design" (Aggarwal et al., 2013, traduction libre, p. 516). Ces barrières ayant été identifiées, le CFI a été revisité pour apparaître aujourd'hui dans sa version finale dans l'appendice du DSM-5. L'étude qualitative a donc testé l'entretien à la formulation culturelle mais l'étude étant qualitative, les chercheurs se sont permis de ne pas tenir compte de certains points de vue après analyse des propos. Relevons par exemple, l'intervention d'un psychiatre justifiant le manque de différenciation entre intervention et problème de la manière suivante:

Le but est d'obtenir des informations culturelles mais je n'ai malheureusement pas vraiment obtenu des informations culturelles de leur part. J'ai appris d'eux en tant que personne et non en terme de race, d'ethnie, de culture ou de religion. Ces thèmes ne ressortent malheureusement pas tant dans mes entretiens. Aussi, il ne s'agit pas plus d'un entretien culturel que d'un entretien à propos d'eux où l'on apprend sur eux en tant que personne. Je ne sais pas comment vous définissez la culture ou ce que vous attendez de ces questions,

mais je n'ai pas l'impression d'avoir soutiré des éléments culturels de l'entretien. Je pense que c'était bon et aidant pour établir une relation avec le patient (Aggarwal et al., 2013, traduction libre, p. 520).

Ces propos relatent le manque de compréhension de la part du clinicien quant à la culture de la même manière qu'un anthropologue la comprendrait, dès lors les chercheurs concluent qu'il est essentiel de redéfinir le mot culture, de même qu'il est essentiel pour le domaine de la recherche de saisir comment développer des modèles de compétences culturelles qui dénotent des perspectives de sciences sociales applicables à la clinique. Le propos ci-dessus cité amène les chercheurs à la conclusion que les cliniciens participants ont ressenti la définition de la culture qui avait été fournie dans l'entretien test comme étant trop centrée sur le patient. A savoir, l'approche anthropologique de la culture comme étant un procédé ne paraissait pas dans l'entretien test: La culture était définie en terme de valeurs, orientations, et l'hypothèse que les individus devaient être compris comme des membres appartenant à des groupes sociaux qu'il soit ethnique, militaire ou spirituel. (Aggarwal et al., 2013, traduction libre, p. 527). La définition incluait également les aspects du parcours de vie de la personne susceptibles d'affecter sa perspective en termes d'ethnie, de race, de langue ou de religion.

Dans une précédente étude, Aggarwal démontre comment l'hybridité donne la raison d'être au questionnaire du CFI notamment quant à l'identité du patient mais aussi quant à l'intersubjectivité émergeant de la relation soignant-soigné. Dans cette étude de cas, les 7 cliniciens qui ont évalué un même patient ont tous identifié le rôle que la culture joue dans la symptomatologie, le chercheur relève cependant que le patient se présente très différemment selon le clinicien qu'il a devant lui, de même que le clinicien l'évalue différemment selon sa culture. La formulation culturelle (OCF) apparaît ici comme un bon révélateur pour ce qui est du degré d'acculturation du patient et de là intervient l'hybridité à être comprise comme le mélange de culture mais également l'intersubjectivité qui sera mieux mesurée par une formulation culturelle puisque celle-ci questionne la relation soignant-soigné invitant ainsi le soignant à considérer dans l'évaluation du patient l'impact de la relation sur ce dernier. Ces thèmes d'hybridité et d'intersubjectivité sont aussi le résultat d'une étude de cas (Takeuchi, 2000) qui démontre comment via la formulation culturelle, le clinicien est sensible au fait que la patiente présente des troubles, entre autres, en lien avec sa recherche identitaire. Le clinicien étant lui aussi métisse explique la compréhension de cette hybridité et il met en évidence le problème de recherche identitaire chez sa patiente comme étant éventuellement le résultat de l'intersubjectivité. L'intersubjectivité bien que nommée et étudiée comme phénomène par Aggarwal, seulement, se retrouve chez d'autres

auteurs (Jim & Pistrang, 2007) et va être étudiée selon d'autres points de vue, celui du phénomène d'acculturation et d'encapsulation culturelle. Un des patients, dans cette étude de cas rassemblant les témoignages des 8 patients étudiés, rapporte que le manque de compréhension des origines du patient est à l'origine du manque d'empathie du soignant. L'intersubjectivité a donc tantôt des effets positifs sur la relation soignant-soigné et sa perception tantôt des effets négatifs. A noter que dans la même étude, les chercheurs relèvent que chez certains patients chinois, l'assortiment culturel (appartenance à groupe ethnique commun ou partageant une langue, etc) n'est pas toujours favorable à la relation soignant-soigné car dans certains cas le patient serait susceptible de se censurer, la santé mentale étant un sujet tabou de la culture et la demande d'aide étant considérée comme une faiblesse.

5.4. Facteurs favorisant l'usage de la transculturalité

Les barrières législatives, socio-politiques économiques et institutionnelles ne sont pas l'objet de ce travail, cependant il est important de relever l'inéquité à l'accès aux soins. L'implémentation de la stratégie suisse se situe au niveau cantonal en collaboration avec des agences et organisations fédérales et est coordonnée par un groupe inter-institutionnel au niveau fédéral (Mladovsky et al., 2012, traduction libre, p. 7). Ainsi, comme l'a relevé un responsable infirmier d'une structure de premier recours à Genève, l'accès aux soins ne sera pas le même pour une personne sans papiers à Genève ou à Fribourg. Dans le contexte européen, les barrières législatives et socio-politiques sont variables selon le pays: en France, les migrants sans papiers nécessitent l'AME⁷ et pourtant des problèmes économiques ou institutionnels deviennent des obstacles puisque certains médecins, sachant que l'état français payera la facture trop tardivement, refusent le patient, (Larchanché, 2012). Alors que certains services ou médecins font en sorte de contourner la loi afin d'éviter au patient des problèmes juridiques tels que dénonciation ou expulsion. Parfois des solutions sont également trouvées pour permettre au patient d'avoir accès aux soins malgré leur précarité: manque de moyens et de documents. Tout comme le manque de connaissance de droits et devoirs de la part des personnes migrantes sans papiers. Ceci est un constat en Belgique (Strassmayr et al., 2012).

5.4.1. Barrière linguistique

Si les barrières de la langue constituent une entrave aux soins de base, combien plus sera-ce difficile lors de soins psychiatriques, lorsque les symptômes ne sont pas visibles, mais pourtant bien réels et présents.

⁷ Aide médicale de l'état

Selon Straßmayr et al. (2012), la barrière linguistique est à considérer comme un obstacle en tant que tel car tout le monde n'a pas l'habitude de collaborer avec un interprète. Les difficultés linguistiques peuvent donner l'apparence de troubles psychologiques alors que le patient exprime des choses appartenant à une autre culture (traduction libre, p. 5).

Selon Sandhu et al. (2012), les disparités entre les capacités linguistiques du clinicien et du patient sont généralement rapportées comme un facteur limitant lorsqu'il s'agit de poser un diagnostic. Une communication claire et cohérente est considérée comme essentielle en l'absence d'alternatives viables pour évaluer les symptômes et vécu du patient (traduction libre, p. 109).

La transculturalité amène des éléments de réponse face aux barrières de la langue.

En effet, l'utilisation d'interprètes permet de pouvoir communiquer avec les patients. Pour cela, les centres hospitaliers ont mis en place des procédures permettant de savoir quels interprètes appeler en cas de difficultés de communication. Il est important de connaître l'existence des interprètes et la procédure à suivre pour faire appel à eux. Aux HUG, ces éléments de réponse sont fournis par la consultation transculturelle et d'interprétariat.

Les interprètes doivent avoir une formation, un entraînement, une expérience, et des compétences transculturelles. Selon Baird (2011), l'éducation, la formation et l'expérience de l'interprète affectent la qualité de l'information obtenue (traduction libre, p. 119).

Lorsqu'il s'agit de soins en psychiatrie, il est à relever que les interprètes doivent avoir des compétences dans le domaine psychiatrique. Selon Straßmayr et al. (2012), le manque de formation en santé mentale chez les interprètes est considéré comme problématique dû à l'importance du langage et de la communication pour poser un diagnostic et traiter des patients présentant des troubles mentaux (trad. libre, p. 5).

Cependant, il y a encore des perspectives d'amélioration qui peuvent passer par une meilleure information des soignants concernant l'utilisation d'interprètes (il faut qu'ils osent d'avantage les solliciter), et selon Straßmayr et al., Katschnig (2012), les autres difficultés relatives sont un manque de qualité des services d'interprétariat, en général, et le temps requis pour communiquer via un interprète. Enfin, les experts ont également identifié comme barrière le manque de compétences culturelles, une pénurie de personnel multilingue et un manque d'information en différentes langues (traduction libre, p. 5).

Communiquer dans la langue du patient est un bon point, mais cela n'est pas suffisant, car il existe des barrières culturelles pouvant entraver les soins. Ces barrières

culturelles seront plus facilement palpables après une bonne compréhension de la notion de culture.

5.4.2. La culture

Le concept de la culture n'est pas universel. Selon, l'UNESCO:

La culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances. (1982)

Pour beaucoup d'auteurs, la culture est un concept complexe n'ayant pas de définition prédéfinie. La culture est un processus plutôt qu'une entité statique et souligne les différences et similitudes tant dans qu'à travers les cultures. (Culley et al. cité par Albarran et al. traduction libre, p. 2). Elle est avant tout une construction multidimensionnelle, évoluant dans l'environnement à travers les expériences et l'échange interpersonnel.

Selon le DSM-5 (2013), la culture se réfère à des systèmes de connaissance, concepts, règles et pratiques qui sont acquises et transmises à travers des générations. La culture inclut la langue, la religion, la spiritualité, la structure familiale, les étapes du développement humain, les rites et les coutumes ainsi que des systèmes moraux et légaux. Les cultures sont des systèmes dynamiques ouverts qui subissent des changements continuels à travers le temps ; Dans le monde contemporain, la plupart des individus et des groupes sont exposés à de multiples cultures, qu'ils utilisent pour modeler leurs propres identités et pour donner du sens aux expériences. Ces aspects de la culture induisent qu'il est crucial de ne pas surgénéraliser l'information culturelle ou de ne pas stéréotyper des groupes en terme de traits culturels figés (traduction libre, p. 749).

La culture d'un patient est influencée par de nombreux facteurs.

Selon Eiser, Ellis, Schim et al. (2007), cité par McGinnis, Brush & Moore (2010), une multitude de facteurs autres que la race influence la culture: la nationalité, ethnicité, la religion, l'âge, le genre, l'éducation, l'emploi, les expériences de vie et les confessions. La culture d'un patient influence sa vision (de la vie, de la souffrance et de la maladie) ainsi que ses comportements (traduction libre, p. 896).

Beaucoup estiment que les manifestations de la culture chez les patients telles que l'adaptation à la migration, le stress, les influences familiales, la pauvreté, la barrière linguistique, les mythes, les tabous, la spiritualité et d'autres comportements en lien

avec la culture nécessitent une évaluation par des soignants sensibles et bien informés (Garity, 2000), de manière à ce que des interventions culturellement compétentes considérant les croyances et comportements en santé liés aux systèmes de sociétés différents puissent être développées. Ceci afin de diminuer les disparités dans les soins. (Betancourt, Green, Carrillo, Ananeh-Firempong, 2003; Kaplan, Calman, Golub, Davis, 2006; Villarruel, 2004, cité par McGinnis, Brush & Moore, 2010, traduction libre p. 896).

Le modèle théorique du soin culturel de Leininger considère la culture comme un tout unifié et serait fondé sur le relativisme culturel.

La plupart des théories transculturelles se réfèrent, principalement, à des groupes en termes d'ethnicité, ce qui amène à avoir une vision plutôt étroite, essentialiste et limitée de la culture, par opposition à une vue constructiviste plus fluide; elles définissent le patient et le client comme «les autres» par opposition aux «non-autres» que sont la société et les dispensateurs de soins (Albarran et al., traduction libre, p. 3).

Di Rosa (2012) souligne le risque d'un déséquilibre dans l'approche de différences culturelles qui, exagérée dans notre perception, nous conduit souvent à oublier que nous avons avant tout une personne devant nous et non une culture. Le risque est d'interpréter les réactions de cette personne comme un trait culturel, comme si chaque individu était un archétype du monde duquel il provient. Ce qui amène à provoquer la perception d'un manque de reconnaissance de la singularité de l'histoire du patient. La subjectivité personnelle de la personne n'est donc pas comprise par les professionnels de santé (traduction libre, p. 96).

5.4.3. Caractéristiques des outils culturellement congruents

C'est dans ce chapitre que se trouve la réponse la plus adaptée à la question de recherche: Quelle est la place de la relation soignant-soigné dans l'approche transculturelle du soin?

C'est l'alliance thérapeutique qui ressort dans toutes nos études sans exception. Cette alliance thérapeutique est en lien avec la relation soignant-soigné et elle aura un impact sur le recouvrement de la santé ou son maintien.

Divers outils et/ou compétences sont mis en évidence dans les divers articles permettant au soignant d'outrepasser certaines barrières dans la relation soignant-soigné.

Ingram (2011), relève que le modèle du processus de compétences culturelles de Campinha-Bacote permet l'instauration d'une relation de confiance entre soignant et soigné et confirme qu'une pratique infirmière culturellement congruente améliore

l'adhérence du patient. Ce modèle comprend 5 constructions: la conscience culturelle, les compétences culturelles, la connaissance culturelle et le désir culturel.

La conscience culturelle permet aux professionnels de la santé d'explorer les croyances et valeurs d'autres cultures sans imposer ses propres valeurs sur les autres en effectuant une autoévaluation, en se questionnant sur la conscience de leurs préjugés personnels.

Les compétences culturelles se réfèrent à effectuer une évaluation adaptée à la culture. Les infirmières ne doivent pas baser leur évaluation sur la capacité d'un seul patient et généraliser cette évaluation sur d'autres patients susceptibles d'avoir les mêmes caractéristiques culturelles. Les caractéristiques d'une communication efficace incluent la considération des croyances culturelles d'une personne, de ses attitudes, de ses pratiques, valeurs et mode de vie.

Le savoir culturel consiste à chercher des informations factuelles sur d'autres cultures dans l'effort de mieux comprendre les différentes manières de voir le monde, et ainsi pouvoir établir une relation de confiance. La méfiance entre un patient et un professionnel de santé est causée par un manque de communication et une incompréhension des croyances et valeurs culturelles, ce qui affecte la compliance d'un patient et nuit à la qualité des soins. Avoir des ressources factuelles, partager des informations culturellement appropriées et compréhensible pour le patient, démontre du respect et valorise les croyances culturelles et permet ainsi d'améliorer la qualité des soins. Cette connaissance culturelle implique une compréhension de la langue du patient, de sa vision du monde, de la manière dont la maladie est perçue et la façon dont ils se rapportent à leur environnement.

La rencontre culturelle: la connaissance du patient et de sa culture basée sur la rencontre permet de prodiguer des soins compréhensibles et culturellement pertinents. Les rencontres entre les infirmières et patients de contexte culturel différent ajoutent de la valeur à la rencontre que l'infirmière n'aurait pas forcément avec une personne de même culture. Ces rencontres culturelles permettent d'améliorer le confort des infirmières dans les soins de diverses population et permet d'avoir un ensemble de compétences personnel comme une familiarité avec des termes linguistiques et la communication non-verbale.

Le désir culturel est souvent considéré comme l'un des éléments centraux des compétences culturelles. Celui-ci démontre une ambition sincère de prendre soin d'une personne ayant des croyances et valeurs différentes, et utilise cette expérience comme une opportunité d'apprendre et de construire une relation. Augmenter son désir de soigner des patients de contexte culturel divers, augmente les rencontres, les connaissances, les compétences ainsi que la conscience culturelle, nécessaire à une

prise en soin de population culturellement différente (traduction libre, Ingram, 2011, p 698-700).

Pergert et al. (2008) se réfèrent également au modèle de processus de compétences culturel de Campinha-Bacote soulignant l'importance de la conscience et du désir culturel. Ces auteurs explorent dans leur étude la manière dont une équipe soignante peut surmonter les obstacles à la relation soignant-soigné en utilisant des outils dits transculturels.

Des compétences communicationnelles sont essentielles pour développer un soin relationnel. Ceux-ci incluent une communication non-verbale, un recours aux interprètes et la disposition de matériel imprimé traduit. L'utilisation d'outils transculturels permet d'atteindre une compréhension. La volonté et le désir de comprendre est donc essentielle afin d'atteindre une attitude ouverte et transculturelle des soignants. Le learning transculturel est un procédé continu qui inclut les connaissances théoriques des cultures et religions et une conscience de sa propre culture. Ces connaissances générales doivent être combinés aux connaissances spécifique concernant le patient et avoir conscience du risque de stéréotypes. Des outils organisationnels sont la responsabilité du soignant d'adapter les politiques et changer les routines des unités (Pergert & al, traduction libre, 2008, pp. 39-40)

Gebru (2010) dans son étude utilise les éléments de définitions suivants quant à la transculturalité et de sa visée sur l'alliance thérapeutique: une compétence transculturelle signifie la promotion de soins respectueux et significatifs aux personnes de cultures différentes, ayant pour objectif la santé et le bien-être comme une force pour faire face à la mort ou aux handicaps d'un individu ou d'un groupe. Le but premier du modèle théorique de soins culturel est de fournir des soins culturellement congruents et sécuritaires. Gebru souligne l'importance de la construction d'une relation entre l'infirmière et le patient basé sur un savoir scientifique, avec comme but ultime, la santé et le bien-être (traduction libre, Gebru & William, 2010, p. 55).

De façon égale, le modèle d'évaluation transculturel de Giger et Davidhizar est un outil développé pour accéder aux valeurs culturelles du patient en lien avec leur expérience de santé et ainsi encourage un soin humanisant et respectueux de l'individu. Le modèle comprend six dimensions : la communication (transmettre et préserver la culture individuelle), l'espace (le respect de l'espace individuelle personnelle), l'organisation sociale (tribu, réseau social, croyances religieuses et affiliations), le temps (orientation culturelle du temps, passé, présent, futur), le contrôle sur l'environnement (l'individu contrôle et planifie les facteurs environnementaux qui l'affectent), et les variations biologiques (expérience tels que croissance, développement, maladies) (traduction libre, Albarran & al., 2011, pp. 6-7).

5.4.4. Formation pour soins culturellement congruents

La notion de compétence culturelle revient beaucoup dans chaque article de recherche étudiée.

Selon Casillas et al., (2014), tous les pays traitant les demandes de migration en lien avec la globalisation font face aux besoins suivant: 1) des professionnels de la santé qui soient culturellement compétents et 2) une méthode d'évaluation. Bien que la Suisse ait été un pays de migration depuis un certain temps maintenant, le système de santé suisse a constaté un nouveau flux migratoire composé de populations nouvelles et vulnérables provenant du monde entier ces 15 à 20 dernières années. Cette population de patients différents représente un challenge pour les professionnels de la santé. Beaucoup ne sont pas conscients que les tensions socio-culturelles et l'incompréhension qui règne entre patients et soignants peut amener à la méfiance du patient, à l'insatisfaction, une confiance diminuée au système de santé et récemment à de mauvais résultats en matière de santé. (traduction libre, p. 2)

Selon Straßmayr et al. (2012), le dépistage, le diagnostique et le traitement de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux sont fortement dépendants des habiletés en langues et des compétences culturelles des professionnels de la santé (traduction libre, p. 10).

La transculturalité permet de dépasser les barrières de culture entravant les soins.

Selon Festini et al. (2009), notre étude indique l'importance d'enseigner les soins infirmiers transculturels, la diversité culturelle, et le soin infirmier culturellement compétent tant à l'université que dans les formations continues pour infirmières et étudiantes infirmières (traduction libre, p. 220).

Gebbru K. et al. (2010), ont démontré qu'une implémentation d'un programme d'étude basée sur des modèles théoriques de soins culturels comme celui de Leininger amène les étudiants à modifier leurs attitudes dans leur pratique. Des changements évidents ont été observés révélant une approche culturellement sensible aux situations rencontrées dans la pratique. Une progression du savoir transculturel aide l'étudiant à comprendre que le soin basé sur cette théorie est essentiel pour la croissance, le bien-être et la survie de l'être humain et, ainsi, amène les étudiants à être conscient de leur position éthique (traduction libre, 2010, p 58).

6. Perspectives soignantes

Les perspectives soignantes à relever au terme de cette revue de littérature se situent à 4 niveaux:

Institutionnel

- Enrôlement de personnel multilingue
- Mise à disposition de matériel de langues étrangères
- Mise en évidence des consultations transculturelles et interprétariat
- Formation continue en transculturalité avec orientation pour la congruence culturelle

Pratique soignante en soins généraux

- Participer à la déstigmatisation par une attitude empathique favorisée par des compétences culturelles
- Développer une conscience culturelle
- Concevoir la relation soignant-soigné comme élément central du soin
- Utiliser les consultations transculturelles
- Solliciter des interprètes ayant des connaissances en santé mentale
- Mobiliser des connaissances tant en langues étrangères qu'en culture
- Utiliser l'entretien de la formulation culturelle originellement conçu pour la santé mentale comme anamnèse infirmière dans le somatique aussi.
- Utiliser du matériel imprimé en langue du patient
- Utiliser des outils communicationnels

Formation Bachelor

- Réintégrer le module « Ici et ailleurs » dans le PEC- 2012
- Intégrer des contenus transculturels dans le PEC-2012

Recherche

- Evaluation de l'entretien à la formulation culturelle pour utilisation infirmière à titre d'anamnèse

7. Conclusion

Pour ce travail de bachelor, l'école de pensée choisie est celle de Madeleine Leininger et de la transculturalité, mais il est important de relever selon Walter Hesbeen:

« Le malentendu fondamental » qui tend à orienter ou à réorienter la pratique soignante au risque de la dénaturer réside dans le recours, parfois imposé, à une théorie de soins servant de référence unique à tous les professionnels d'un

établissement [...] Ce « prêt à penser » provoque un arrêt de la pensée. Au nom de l'uniformisation organisationnelle, la singularité est délaissée. L'esprit critique ne peut dès lors être développé, stimulé, favorisé. Regarder l'humain par l'intermédiaire d'une théorie, c'est ne plus voir l'humain car c'est regarder la théorie et le degré de conformité de cet humain au contenu de ladite théorie. (p.10)

Madeleine Leininger avec sa théorie de l'universalité et la diversité était en accord avec ce qu'Hesbeen appelle le « malentendu fondamental » car après ces études d'infirmière, elle a ressenti le besoin d'étudier l'anthropologie pour mieux répondre aux besoins de l'ère de globalisation que nous vivons. Dans cette revue de littérature, nous avons tenté de restituer l'état des recherches pour ce qui est de la place de la relation soignant-soigné dans l'approche transculturelle du soin et de ses caractéristiques. Nous constatons que les réponses ne se trouvent pas uniquement dans la discipline infirmière. Les chercheurs des études sont tantôt infirmiers, tantôt anthropologues, tantôt psychiatres culturels, tantôt psychologues ou sociologues. A relever donc que dans les professions de la santé, la transdisciplinarité est nécessaire et les réponses se trouvent parfois dans d'autres disciplines. L'exemple de la formulation culturelle est éloquent. Le guide de la formulation culturelle et l'entretien pour la formulation culturelle ont été conçus pour évaluer des personnes de cultures différentes à la culture hôte lorsqu'ils présentent des troubles en santé mentale. La recherche relate que l'outil ne rencontre pas encore franchement l'adhésion des psychiatres pour ce qui est du diagnostic. Toutes les études relatent par contre que l'outil est utile à la relation soignant-soigné, pour la connaissance du patient et l'alliance thérapeutique. Dans cette mesure, il serait intéressant de suggérer aux chercheurs de la discipline infirmière de tester cet outil comme anamnèse infirmière.

8. Bibliographie

Liste de références bibliographiques:

- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. DSM-5™*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing
- Anderson Christopher , B. N., Belisle Donica , B. A., Mayer Evelyn , M. L., Pawliev Myreille , S. M., Scherer Jay, S.-F. M., & Urschel Katrin . (2011). Miscellaneous: international perspectives on Canada En vrac □: perspectives internationales sur le Canada. *International Journal of Canadian Studies Revue internationale d'études canadiennes*, 43, 1 – 241. Accès: <http://www.iccs-ciec.ca/documents/105.pdf>
- Caroppo E., Muscelli C., Brogna P., Paci M., Camerino C. & Bria P. (2009). Relating with migrants : ethnopsychiatry and psychotherapy. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità Super Sanità*, 45(3), 331-340.
- CII. (2013). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Accès http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_french.pdf
- Confédération Suisse. (2013). *La Genève internationale*. Accès <http://www.eda.admin.ch/eda/fr/home/topics/intorg/un/unge/geint.html>
- Coutu-Wakulczyk, G., (2003). Pour des soins culturellement compétents: le modèle transculturel de Purnell. *Recherche en soins infirmiers*. 72, 34-47.
- GFS. (2005). *Sans-papiers en Suisse: c'est le marché de l'emploi qui est déterminant, non pas la politique d'asile*. Accès: https://www.bfm.admin.ch/content/dam/data/migration/illegale_migration/sans_papiers_2004-f.pdf
- Hesbeen W. (2009). *Dire et écrire la pratique soignante du quotidien*. Seli Arslan. Paris.
- Lackey P. N. (2003) *Acculturation : a Review of the literature*. Intercultural Communication Studies XII. Abilene Christian University.
- McGinnis, S. L., B. L. Brush, and J. Moore. 2010. "Cultural Similarity, Cultural Competence, and Nurse Workforce Diversity." *Western Journal of Nursing Research* 32(7):894–909. Retrieved February 13, 2014
- Marti Carvajal A. J. (2014) Contrapunteo Ethnológico: El Debate Aculturación o Transculturación Desde Fernando Ortiz Hasta Nuestros Días. *Kálathos Revista Transdisciplinaria Metro-Inter*. Accès: http://kalathos.metro.inter.edu/kalathos_mag/publications/archivo9_vol4_no2.pdf
- Mladovsky P., Rechel B., Ingleby D., McKee M. (2012). Responding to diversity: an exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health Policy*, (105) pp 1-9
- OFSP. (2011). *Les soins de santé pour les migrants sans papiers en Suisse*. Accès: http://www2.unine.ch/files/content/sites/sfm/files/nouvelles%20publications/factsheet_people_fr_small.pdf
- République et canton de Genève. (2013) *Intégrations des étrangers*. Accès <https://www.ge.ch/integration/immigration-en-questions/>
- Riedel J. (2011). *An integrative theoretical Framework of acculturation and salutogenesis*. *International Review of Psychiatry*. 23(6).
- Rocher Guy. (1992). *Culture, civilisation et idéologie*. Hurtubise HMH Itée, Montréal
- UNESCO. (1982). Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. *Conférence mondiale sur les politiques culturelles*. Mexico City. Accès: <http://www.bak.admin.ch/themen/04117/index.html?lang=fr>
- Université de Genève. (2013). *L'accès aux soins des clandestins à Genève*. Accès http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2006_2007/travaux/07_r_clandestins.pdf
- Vega A. (2012). Soignants/Soignés. Pour une approche anthropologique des soins infirmiers. De Boeck. Bruxelles.

Liste bibliographique

- American Psychiatric Association. (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing
- Campinha-Bacote (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3) pp 181-184
- Leininger, M. & McFarland M. (2006). *Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide Nursing Theory*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Riedel J., Wiesmann U., Hannich H.-J. (2011). An integrative theoretical framework of acculturation and salutogenesis. *International Review of Psychiatry*, 23 (6): 555-564

Liste de références bibliographiques (Articles choisis)

- Aggarwal, N. K. (2012). Hybridity and intersubjectivity in the clinical encounter: Impact on the Cultural Formulation. *Transcultural Psychiatry*, 49(1), 121–139. doi:[10.1177/1363461511433144](https://doi.org/10.1177/1363461511433144)
- Aggarwal, Neil Krishan, Nicasio, A. V., DeSilva, R., Boiler, M., & Lewis-Fernández, R. (2013). Barriers to Implementing the DSM-5 Cultural Formulation Interview: A Qualitative Study. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 37(3), 505–533. doi:[10.1007/s11013-013-9325-z](https://doi.org/10.1007/s11013-013-9325-z)
- Albarran, J., Rosser, E., Bach, S., Uhrenfeldt, L., Lundberg, P., & Law, K. (2011). Exploring the development of a cultural care framework for European caring science. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 6(4). doi:[10.3402/qhw.v6i4.11457](https://doi.org/10.3402/qhw.v6i4.11457)
- Baird, M. B. (2011). Lessons Learned From Translators and Interpreters From the Dinka Tribe of Southern Sudan. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(2), 116–121. doi:[10.1177/1043659610395764](https://doi.org/10.1177/1043659610395764)
- Casillas, A., Paroz S., Green R. Al , Wolff H., Weber O., Faucherre F., Ninane F., Patrick Bodenmann. (2014) Cultural Competency of Health-Care Providers in a Swiss University Hospital: Self-Assessed Cross-Cultural Skillfulness in a Cross-Sectional Study. *BMC Medical Education* 14(1) doi:[10.1186/1472-6920-14-19](https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-19).
- Dow, H. D. (2011). Migrants' Mental Health Perceptions and Barriers to Receiving Mental Health Services. *Home Health Care Management & Practice*, 23(3), 176–185. doi:[10.1177/1084822310390876](https://doi.org/10.1177/1084822310390876)
- Festini, F., Focardi, S., Bisogni, S., Mannini, C., & Neri, S. (2009). Providing Transcultural to Children and Parents: An Exploratory Study From Italy. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(2), 220–227. doi:[10.1111/j.1547-5069.2009.01274.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01274.x)
- Fortuna, L. R., Porche, M. V., & Alegria, M. (2009). A Qualitative Study of Clinicians' Use of the Cultural Formulation Model in Assessing Posttraumatic Stress Disorder. *Transcultural Psychiatry*, 46(3), 429–450. doi:[10.1177/1363461509342948](https://doi.org/10.1177/1363461509342948)
- Gebru, K., & Willman, A. (2010). Education to promote culturally competent nursing care – A content analysis of student responses. *Nurse Education Today*, 30(1), 54–60. doi:[10.1016/j.nedt.2009.06.005](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.06.005)
- Ingram, R. R. (2012). Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence: Health literacy and cultural competence. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 695–704. doi:[10.1111/j.1365-2648.2011.05822.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05822.x)
- Jim, Jenny; Pistrang, Nancy. (2007). Culture and the therapeutic relationship: Perspectives from Chinese clients. *Psychotherapy Research*, 17(4), 461–473.
- Kirmayer, Laurence J; Groleau, Danielle; Guzder, Jaswant; Blake, Caminee; Jarvis, Eric. (2003). Cultural Consultation: A Model of Mental Health Service for Multicultural Societies. *Can J Psychiatric*, 48(3), 145–153.

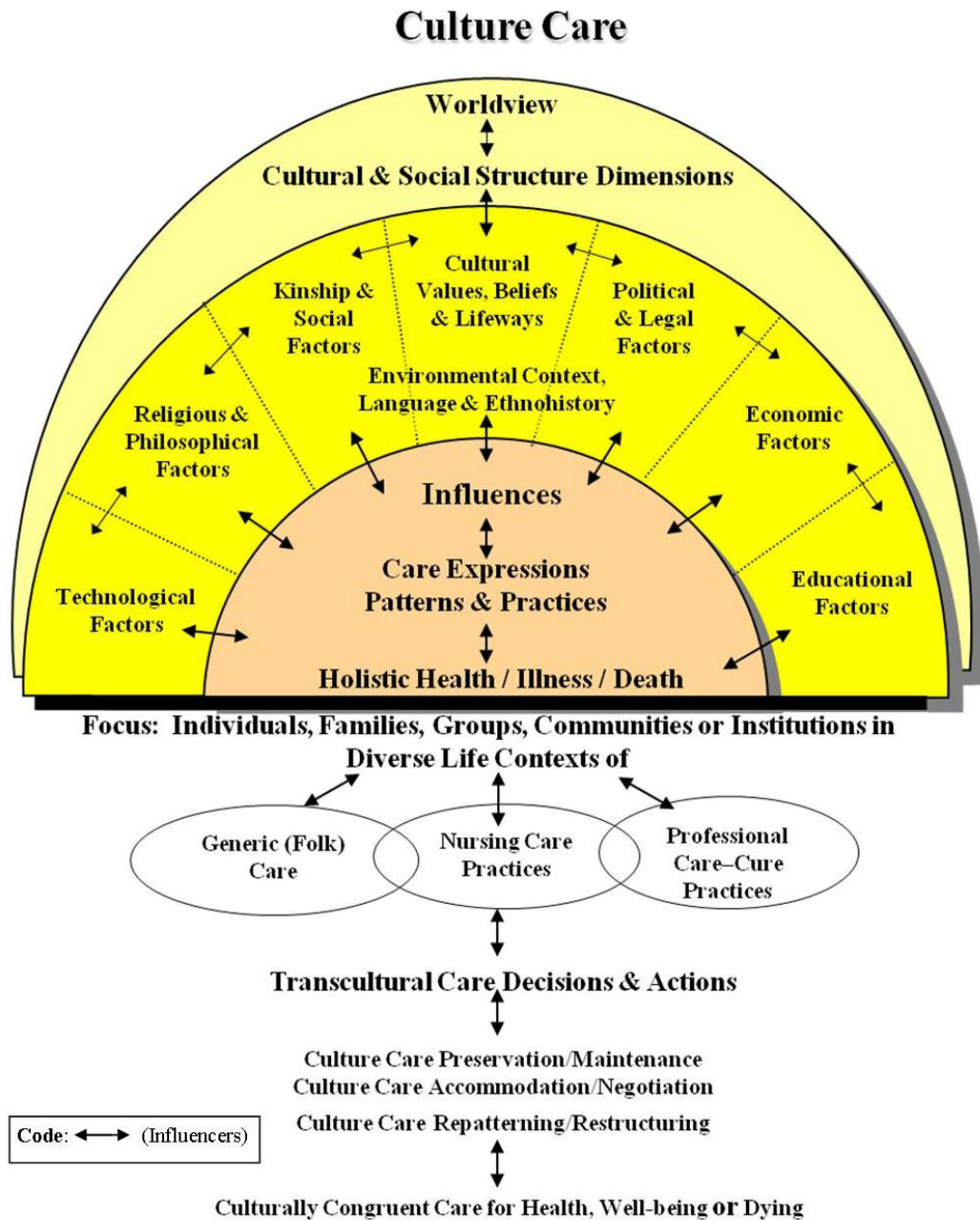
- Le Reste, J.-Y., Coppens, M., Barais, M., Nabbe, P., Le Floch, B., Chiron, B., ... Barraine, P. (2013). The transculturality of “gut feelings”. Results from a French Delphi consensus survey. *European Journal of General Practice*, 19(4), 237–243. doi:[10.3109/13814788.2013.779662](https://doi.org/10.3109/13814788.2013.779662)
- Mc Farland M. R., Mixer S. J., Webhe-Alamah H., Burk R. (2012) Ethnonursing: A Qualitative Research Method for Studying Culturally Competent Care Across Disciplines. *International Journal of Qualitative Methods*. 11(3), 259-279
- Pergert, P., Ekblad, S., Enskär, K., & Björk, O. (2008). Bridging obstacles to transcultural caring relationships—Tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(1), 35–43. doi:[10.1016/j.ejon.2007.07.006](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2007.07.006)
- Sandhu, S., Bjerre, N. V., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., ... Priebe, S. (2012). Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1), 105–116. doi:[10.1007/s00127-012-0528-3](https://doi.org/10.1007/s00127-012-0528-3)
- Straßmayr, C., Matanov, A., Priebe, S., Barros, H., Canavan, R., Díaz-Olalla, J., ... Katschnig, H. (2012). Mental health care for irregular migrants in Europe: Barriers and how they are overcome. *BMC Public Health*, 12(1), 367. doi:[10.1186/1471-2458-12-367](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-367)
- Takeuchi, J. (2000). Treatment of a biracial child with schizoprenoform disorder: Cultural formulation. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 6(1), 93–101. doi:[10.1037/1099-9809.6.1.93](https://doi.org/10.1037/1099-9809.6.1.93)
- Wikberg, A., & Eriksson, K. (2008). Intercultural caring - an abductive model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 485–496. doi:[10.1111/j.1471-6712.2007.00555.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00555.x)

9. Liste des annexes

- ANNEXE I: Sunrise Enabler
- ANNEXE II: Guide à la formulation culturelle
- ANNEXE III: Entretien à la formulation culturelle

ANNEXE I: Sunrise Enabler

Figure 1.0 Leininger's Sunrise Enabler to Discover Culture



© M. Leininger (2004)
—kl

ANNEXE II: Guide à la formulation culturelle

Formulation culturelle/Dominicé Dao/mars2012

Formulation culturelle :

A. Identité culturelle et histoire de migration

1. Groupe(s) de référence ethnique ou culturel du patient et de sa famille
2. Langue(s) parlée(s) et préférence(s) linguistique(s)
3. Parcours migratoire du patient et de sa famille
4. Degré d'investissement avec la culture d'origine
5. Degré d'investissements avec la culture-hôte

B. Explications culturelles de la maladie

1. Idiome de détresse prédominant (expression des symptômes et façon de communiquer le besoin d'assistance)
2. Sens et sévérité des symptômes en relation avec les normes culturelles de référence
3. Appellation locale de la maladie ou du symptôme utilisée par la famille et/ou la communauté pour identifier le problème
4. Causes et modèles explicatifs perçus par l'individu et son groupe de référence pour expliquer le problème
5. Expériences de traitements antérieurs et préférences actuelles de soins (professionnel, traditionnel et informel)

C. Facteurs culturels liés à l'environnement psychosocial

1. Stress dans l'environnement social immédiat
2. Réseau et soutien disponible pour le patient
3. Niveau de fonctionnement et de handicap du patient
4. Interprétation culturelle de ces différents facteurs

D. Eléments culturels de la relation clinicien-patient

1. Différences ethnoculturelles et de statut social entre le patient et le soignant
2. Problèmes que peuvent causer ces différences dans le diagnostic et le traitement
3. Niveau de connaissance du clinicien de la langue parlée par le patient et de sa culture
4. Expériences préalables avec ce groupe culturel et possibles préjugés
5. Place de la culture médicale et/ou des pratiques institutionnelles et compréhension de celles-ci par le patient
6. Possible conflits de valeurs entre le clinicien et le patient

E. Overall cultural assessment and influence on care of patient

Discussion de l'influence spécifique des facteurs culturels sur le diagnostic et la prise en charge

Référence: Lewis-Fernandez & Diaz (2002). The cultural formulation : a method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatric Quarterly* 73(4): 271-295.

Formulation culturelle: exemples de questions pour chaque catégorie

A. Identité culturelle et histoire de migration

D'où venez-vous? Montrez-moi où se trouve le pays sur la carte ? Avez-vous habité dans d'autres pays ? Lesquels ? Qu'est-ce qui vous a amené à y vivre?

D'où sont originaires vos parents?

Quelle langue parlez-vous à la maison/au travail/etc ? Parlez-vous d'autres langues ? Quelle langue préférez-vous utiliser pendant la consultation ? Souhaitez-vous un interprète ?

Quand êtes-vous arrivé en Suisse? Que se passait-il dans votre pays à cette époque ? Comment s'est déroulé votre arrivée en Suisse ? Qui est venu avec vous ?

De combien de personnes est constituée votre famille? Où vivent-ils ? Avez-vous de la famille en Suisse ? De quelle origine sont vos amis/collègues? Voyagez-vous dans votre pays d'origine?

Comment est-ce que le fait de vivre en Suisse a changé votre façon de voir les choses/votre façon de penser? Comment voyez-vous votre culture d'origine maintenant ? Qu'est-ce qui vous plaît/you déplaît ici?

B. Explications culturelles de la maladie

Comment appelez-vous votre problème de santé? Est-ce qu'il y a un nom pour la désigner dans votre langue ?

Comment expliquez-vous votre problème de santé? Connaissez-vous quelqu'un qui a le même problème? Que lui est-il arrivé ?

Quelles explications pour votre problème de santé vos proches (famille, amis) vous donnent-ils? Dans votre pays, y a-t-il une explication traditionnelle ou populaire pour votre problème de santé ? Comment considère-t-on ce problème de santé ?

Quel type de traitement avez-vous essayé par le passé ? Comment traiterait-on votre problème de santé au pays ? Quelle est votre préférence actuelle en terme de traitement ?

C. Facteurs culturels liés à l'environnement psychosocial

Qu'est-ce qui vous préoccupe en dehors de votre problème de santé (famille, travail, logement, statut légal, argent, etc.) ? Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus ? Qui d'autre est préoccupé par cela?

Qui est-ce qui vous aide ici? Qui vous aidait/soutenait au pays ? Est-ce que vous devez soutenir quelqu'un au pays (par exemple en envoyant de l'argent) ?

Quelle est votre religion? La pratiquez-vous? Existe-t-il une communauté religieuse ou nationale en Suisse ? La fréquentez-vous ?

Qu'est-ce que votre problème de santé vous empêche de faire? Comment réagit votre famille/communauté à cela? Dans votre pays, à quelles réactions vous attendriez-vous ?

D. Facteurs culturels influençant la relation clinicien-patient

Quel est le contexte ethnoculturel du clinicien? Parle-t-il la langue du patient ? Quelles expériences préalables a-t-il de la culture du patient ?

Historiquement, quelles relations les pays d'origine du patient et du clinicien ont-ils établis? Y a-t-il des conflits de valeur entre le clinicien et le patient? Ont-ils été abordés ?

Quelles connaissances biomédicales le patient possède-t-il? Quelles habitudes a-t-il de l'institution de soins à laquelle il s'adresse ?

E. Synthèse globale et influence culturelle sur la prise en charge du patient

Quels sont les éléments de l'évaluation ayant la plus grande influence sur la prise en charge? Quels changements y apporter pour mieux les prendre en compte?

Cultural Formulation Interview (CFI)

Supplementary modules used to expand each CFI subtopic are noted in parentheses.

GUIDE TO INTERVIEWER

The following questions aim to clarify key aspects of the presenting clinical problem from the point of view of the individual and other members of the individual's social network (i.e., family, friends, or others involved in current problem). This includes the problem's meaning, potential sources of help, and expectations for services.

INSTRUCTIONS TO THE INTERVIEWER ARE ITALICIZED.

INTRODUCTION FOR THE INDIVIDUAL:

I would like to understand the problems that bring you here so that I can help you more effectively. I want to know about *your* experience and ideas. I will ask some questions about what is going on and how you are dealing with it. Please remember there are no right or wrong answers.

CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM

CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM

(Explanatory Model, Level of Functioning)

Elicit the individual's view of core problems and key concerns.

Focus on the individual's own way of understanding the problem.

Use the term, expression, or brief description elicited in question 1 to identify the problem in subsequent questions (e.g., "your conflict with your son").

Ask how individual frames the problem for members of the social network.

Focus on the aspects of the problem that matter most to the individual.

1. What brings you here today?

IF INDIVIDUAL GIVES FEW DETAILS OR ONLY MENTIONS SYMPTOMS OR A MEDICAL DIAGNOSIS, PROBE:

People often understand their problems in their own way, which may be similar to or different from how doctors describe the problem. How would *you* describe your problem?

2. Sometimes people have different ways of describing their problem to their family, friends, or others in their community. How would you describe your problem to them?

3. What troubles you most about your problem?

CULTURAL PERCEPTIONS OF CAUSE, CONTEXT, AND SUPPORT

CAUSES

(Explanatory Model, Social Network, Older Adults)

This question indicates the meaning of the condition for the individual, which may be relevant for clinical care.

Note that individuals may identify multiple causes, depending on the facet of the problem they are considering.

Focus on the views of members of the individual's social network. These may be diverse and vary from the individual's.

4. Why do you think this is happening to you? What do you think are the causes of your [PROBLEM]?

PROMPT FURTHER IF REQUIRED:

Some people may explain their problem as the result of bad things that happen in their life, problems with others, a physical illness, a spiritual reason, or many other causes.

5. What do others in your family, your friends, or others in your community think is causing your [PROBLEM]?

Cultural Formulation Interview (CFI) (continued)

Supplementary modules used to expand each CFI subtopic are noted in parentheses.

GUIDE TO INTERVIEWER

INSTRUCTIONS TO THE INTERVIEWER ARE **ITALICIZED**.

STRESSORS AND SUPPORTS

(Social Network, Caregivers, Psychosocial Stressors, Religion and Spirituality, Immigrants and Refugees, Cultural Identity, Older Adults, Coping and Help Seeking)

Elicit information on the individual's life context, focusing on resources, social supports, and resilience. May also probe other supports (e.g., from co-workers, from participation in religion or spirituality).

Focus on stressful aspects of the individual's environment. Can also probe, e.g., relationship problems, difficulties at work or school, or discrimination.

6. Are there any kinds of support that make your [PROBLEM] better, such as support from family, friends, or others?

7. Are there any kinds of stresses that make your [PROBLEM] worse, such as difficulties with money, or family problems?

ROLE OF CULTURAL IDENTITY

(Cultural Identity, Psychosocial Stressors, Religion and Spirituality, Immigrants and Refugees, Older Adults, Children and Adolescents)

Sometimes, aspects of people's background or identity can make their [PROBLEM] better or worse. By *background* or *identity*, I mean, for example, the communities you belong to, the languages you speak, where you or your family are from, your race or ethnic background, your gender or sexual orientation, or your faith or religion.

Ask the individual to reflect on the most salient elements of his or her cultural identity. Use this information to tailor questions 9–10 as needed.

Elicit aspects of identity that make the problem better or worse.

Probe as needed (e.g., clinical worsening as a result of discrimination due to migration status, race/ethnicity, or sexual orientation).

Probe as needed (e.g., migration-related problems; conflict across generations or due to gender roles).

8. For you, what are the most important aspects of your background or identity?

9. Are there any aspects of your background or identity that make a difference to your [PROBLEM]?

10. Are there any aspects of your background or identity that are causing other concerns or difficulties for you?

CULTURAL FACTORS AFFECTING SELF-COPING AND PAST HELP SEEKING

SELF-COPING

(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Caregivers, Psychosocial Stressors)

Clarify self-coping for the problem.

11. Sometimes people have various ways of dealing with problems like [PROBLEM]. What have you done on your own to cope with your [PROBLEM]?

Cultural Formulation Interview (CFI) (continued)

Supplementary modules used to expand each CFI subtopic are noted in parentheses.

GUIDE TO INTERVIEWER

INSTRUCTIONS TO THE INTERVIEWER ARE
ITALICIZED.

PAST HELP SEEKING

(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Caregivers, Psychosocial Stressors, Immigrants and Refugees, Social Network, Clinician-Patient Relationship)

Elicit various sources of help (e.g., medical care, mental health treatment, support groups, work-based counseling, folk healing, religious or spiritual counseling, other forms of traditional or alternative healing).

Probe as needed (e.g., "What other sources of help have you used?").

Clarify the individual's experience and regard for previous help.

12. Often, people look for help from many different sources, including different kinds of doctors, helpers, or healers. In the past, what kinds of treatment, help, advice, or healing have you sought for your [PROBLEM]?

PROBE IF DOES NOT DESCRIBE USEFULNESS OF HELP RECEIVED:

What types of help or treatment were most useful? Not useful?

BARRIERS

(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Psychosocial Stressors, Immigrants and Refugees, Social Network, Clinician-Patient Relationship)

Clarify the role of social barriers to help seeking, access to care, and problems engaging in previous treatment.

Probe details as needed (e.g., "What got in the way?").

13. Has anything prevented you from getting the help you need?

PROBE AS NEEDED:

For example, money, work or family commitments, stigma or discrimination, or lack of services that understand your language or background?

CULTURAL FACTORS AFFECTING CURRENT HELP SEEKING

PREFERENCES

(Social Network, Caregivers, Religion and Spirituality, Older Adults, Coping and Help Seeking)

Clarify individual's current perceived needs and expectations of help, broadly defined.

Probe if individual lists only one source of help (e.g., "What other kinds of help would be useful to you at this time?").

Focus on the views of the social network regarding help seeking.

Now let's talk some more about the help you need.

14. What kinds of help do you think would be most useful to you at this time for your [PROBLEM]?

15. Are there other kinds of help that your family, friends, or other people have suggested would be helpful for you now?

CLINICIAN-PATIENT RELATIONSHIP

(Clinician-Patient Relationship, Older Adults)

Elicit possible concerns about the clinic or the clinician-patient relationship, including perceived racism, language barriers, or cultural differences that may undermine goodwill, communication, or care delivery.

Probe details as needed (e.g., "In what way?").

Address possible barriers to care or concerns about the clinic and the clinician-patient relationship raised previously.

Sometimes doctors and patients misunderstand each other because they come from different backgrounds or have different expectations.

16. Have you been concerned about this and is there anything that we can do to provide you with the care you need?